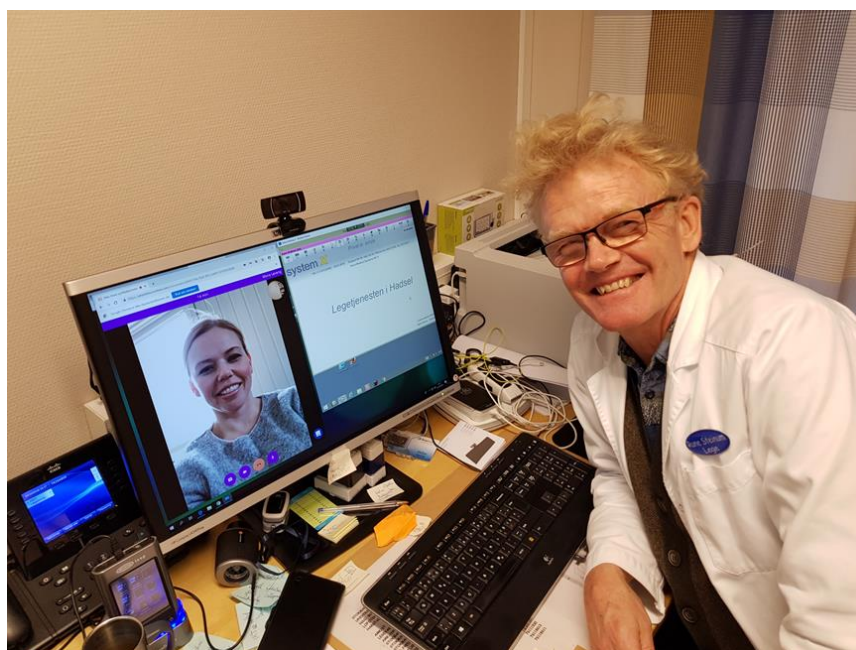


E-KONSULTASJON HOS FASTLEGE OG LEGEVAKT

Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.2018



Helsedirektoratet



Direktoratet for e-helse

IS-2801

1	SAMMENDRAG	4
2	OM RAPPORTEN	6
2.1	Oppdraget	6
2.2	Metode	11
2.3	Begreper	14
3	DAGENS SITUASJON	16
3.1	Egnethet for konsultasjonsform	16
3.2	Dagens situasjon i Norge – Fastlegetjenesten	17
3.3	Dagens situasjon i Norge – Legevakt	26
3.4	Dagens situasjon i Norge – Spesialisthelsetjenesten	27
3.5	Dagens situasjon i Sverige	29
3.6	Dagens situasjon i Danmark	32
3.7	Dagens situasjon i England	34
3.8	Annen internasjonal erfaring	35
4	ØNSKET SITUASJON	36
4.1	Overordnet mål	36
4.2	Aktørenes behov	36
4.3	Funksjonelle behov	39
4.4	Tekniske behov og løsninger	43
4.5	Potensial for utbredelse og bruk	47
5	PROBLEMBESKRIVELSE	49
5.1	Begrepsdannelse	49
5.2	Utfordringer – Fastlegetjenesten	49
5.3	Utfordringer – Legevakten	56
5.4	Utfordringer – Spesialisthelsetjenesten	57
6	TILTAK	59
6.1	Organisatoriske tiltak	59
6.2	Normerende tiltak	61
6.3	Tekniske tiltak	63
6.4	Juridiske og økonomiske virkemidler	65
6.5	Konsepter	69
6.6	Vurdering av konsepter	71

7	PRINSIPIELLE VURDERINGER	75
7.1	Medisinskfaglig	75
7.2	Opplæring og veiledning i digital klinisk kommunikasjon	80
7.3	Samfunnsmessig- og unngå sosial ulikhet i helse	81
8	KONSEKVENSER	82
8.1	Identifiserte interessenter og effekter av bruk av e-konsultasjon	83
8.2	Virkingen av konseptene	84
8.3	Samlet vurdering av tiltak og utbredelse av e-konsultasjon	101
9	ANBEFALINGER OG FUNN	106
9.1	Anbefaling om hvilke type konsultasjon og omfang	106
9.2	Tidsplan for implementering	110
9.3	Veien videre	111
10	FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES	114
11	REFERANSELISTE OG LITTERATURLISTE	115
11.1	Referanseliste	115
11.2	Anbefalt litteratur	119
12	VEDLEGG	120
12.1	Organisering	120
12.2	Intervjuer med leger som benytter e-konsultasjon	121
12.3	Detaljert drøfting av konsekvenser ved e-konsultasjon	134
12.4	Kunnskapsoppsummering om effekter av e-konsultasjoner	142
12.5	Referanser til kunnskapsoppsummering	147
12.6	Statistikk om fordelingen av e-konsultasjoner og ordinære konsultasjoner	149

1 SAMMENDRAG

Oppmerksomheten rundt og etterspørsel etter e-konsultasjon hos både fastleger og innbyggere er sterkt økende. Private helseaktører tilbyr i dag digitale helsetjenester og bidrar til å drive frem en utvikling av disse tjenestene både i Norge og i andre land. Det er stor interesse for å utvikle digitale helsetjenester innen offentlig helsetjeneste i Sverige, Danmark og England.

Det finnes integrerte systemer for tekstkonsultasjon og frittstående systemer for videokonsultasjon på markedet. Videoløsninger kan tas i bruk av fastlegene i dag uten spesielle behov for tilpasning. Leger som bruker e-konsultasjon i dag er positive og opplever tjenestene som verdifulle både for seg selv og pasientene. Fastleger ønsker at e-konsultasjon i større grad likestilles med fysisk konsultasjon, og vil gjerne at funksjoner og integrasjoner med andre systemer utvikles videre. Både fastlegetjenesten og leverandørmarkedet ønsker at Helsenorge er nasjonal nettportal for helsetjenester til innbyggerne. Teknisk kompleksitet for å realisere e-konsultasjon vurderes som lav.

De siste årene har det vært en betydelig økning i antall e-konsultasjon, hovedsakelig tekst-konsultasjoner. E-konsultasjon utgjorde 2,2 % av det samlede antall konsultasjoner i fastlegetjenesten i oktober 2018. Det er grunn til å forvente en fortsatt vekst av e-konsultasjon (video, tekst, bilde), særlig ved å utvide e-konsultasjon til digital dialog mellom tjenesteytere. Det er vanskelig å vurdere hvor lenge veksten vil pågå og når volumet av e-konsultasjon når et tak i forhold til totalt antall konsultasjoner. Danske regioner har f.eks. angitt et mål om at innen utgangen av 2021 vil hver tredje kontakt mellom lege og pasient være digital.

For å sikre en rask utvikling av egnede løsninger og at e-konsultasjon tas i bruk, er det nødvendig å benytte en kombinasjon av ulike tiltak og virkemidler. Gitt at anbefalte tiltak og virkemidler i denne utredningen gjennomføres, kan tekst- og videokonsultasjon i Norge i løpet om få år utgjøre en andel på henholdsvis 10 % og 20 % av alle konsultasjoner i fastlegetjenesten.

Anbefalte tiltak og virkemidler er:

- Direktoratene vil anbefale at fastlegene kan ta i bruk videoløsninger for e-konsultasjon som allerede er tilgjengelig i markedet.
- For å styrke kunnskapsgrunnlaget for e-konsultasjon, bør det gjennomføres forskningsrettet arbeid. I forhold til kunnskapsinnhenting er det viktig at det etableres egne takstkoder for tekst- og videokonsultasjon.
- For å sikre god og oppdatert kompetanse hos legen og andre helseaktører, bør det legges til rette for kvalitetsutvikling, veiledning, utdanning innen digital klinisk kommunikasjon, og beste praksis.
- For å sikre enhetlig og god utvikling av leverandørmarkedet, bør det etableres godkjenningsprosess for system og grensesnitt til de digitale helsetjenestene.
- For å koble sammen ulike video-løsninger, og muliggjøre flerpartsamtaler mellom fastlegen, innbygger, andre helse- og omsorgstjenester og velferdsaktører, bør det legges til rette for en nasjonal brotjeneste.
- For å legge til rette for mer hensiktsmessig bruk for fastlege og legevakt bør e-konsultasjon likestilles med fysisk konsultasjon. Her vil legens vurdering av hva som er medisinsk faglig forsvarlig legges til grunn for valg av konsultasjonsform. Takst for

tekst- og videokonsultasjon bør kunne kreves i kombinasjon med flere takster enn det dagens takst åpner for.

- Det bør stilles krav i fastlegeforskriften om at fastlegene skal tilby tekst- og videokonsultasjon og nettbasert timebestilling på Helsenorge. Et eventuelt krav kan iverksettes tidligst 1. januar 2021. Forutsetningene for integrasjon for e-konsultasjon i Helsenorge forventes å være på plass i 2019. Forutsetningene for integrasjon fra EPJ-leverandørene vil skje stegvis i 2019 og innen utgangen av første halvår 2020.
- Et tiltak som kan motivere fastlegene til å ta i bruk videoløsninger, er f.eks. at de 1.000 første fastlegene som tar i bruk tekst- og videokonsultasjon og nettbasert timebestilling på Helsenorge, mottar 10.000 kroner innen utgangen av 2020.

Gitt forutsetningene i kost- nytteanalysen, gir anbefalt konsept en samfunnsøkonomisk gevinst på 534 mill. kroner i netto nåverdi (medregnet nytte og kostnad) mellom 2019-2028. Effektene oppstår på grunn av redusert tidsbruk og spart reisekostnad for innbyggerne. I tillegg antas tiltakene å føre til bedre brukeropplevelse av helsetjenesten, bedre tilgjengelighet og derav gevinster for fysisk og psykisk helse, som er kvalitative effekter.

Kostnadene for samfunnet ved tiltakene består av tiltakskostnadene for Direktoratet for e-helse (E-helse), Helsedirektoratet (Helsedir), fastlegene og andre aktører i helseforvaltningen.

En betydelig andel av e-konsultasjonene kan erstatte fysiske konsultasjoner. Gjennomsnittlig tidsbruk per e-konsultasjon er erfaringsmessig noen minutter kortere enn ved fysiske konsultasjoner, noe som kan gi redusert tidsbruk. Samtidig kan antall konsultasjoner øke ved at tilgjengeligheten til lege bedres gjennom innføring av e-konsultasjon. Hvordan økt bruk av e-konsultasjon vil påvirke samlet tidsbruk og konsultasjonsvolum for fastlegene er for tidlig å fastslå. Dette bør følges opp gjennom forskning og evalueringer av e-konsultasjon som del av fastlegeordningen.

Totalt er de samfunnsøkonomiske kostnadene av anbefalt konsept beregnet til 245 millioner kroner i nåverdi.

Budsjettmessige konsekvenser ved anbefalt konsept er vist i tabellen under.

Tabell 1-1: Kostnadsestimater per direktorat (avrundet mill. kroner)

	År 2019	År 2020
E-helse	10,0	7,5
Helsedir	2,0	12

For E-helse vil det oppstå kostnader forbundet med utvikling av grensesnitt på Helsenorge.no og forvaltning av løsningene, samt kostnader knyttet til organisatoriske og normerende tiltak.

For Helsedir oppstår det kostnader forbundet med organisatoriske og normerende tiltak. I tillegg kommer overføringene til fastlegene i form av engangsstønaden for innføring av e-konsultasjon i 2020, som antas kan utformes som engangsstønadsforordningen.

2 OM RAPPORTEN

2.1 Oppdraget

Bakgrunn og formål

Det fremgår av regjeringsplattformen fra 14. januar 2018 at regjeringen vil forbedre og modernisere fastlegeordningen og vil innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon.

Det går også frem av Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal, med Stortingets tilslutning, at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester ved at hver enkelt skal ha mulighet til å involveres i prosesser og beslutninger om egen helse. Enkle og sikre digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig.

Digitaliseringsrundskrivnet av 8. september 2017 slår fast at digitale, nettbaserte tjenester, skal være helhetlige, brukervennlige, trygge og universelt utformet. For å få til dette og møte brukernes forventninger er det nødvendig at alle helseaktører tilbyr e-konsultasjon til de som ønsker det, og at alle offentlige digitale helsetjenester kan nås på samme plattform.

Mulighetene som digitalisering gir er også viktig sett i lys av presset på fastlegeordningen, befolkningsutviklingen og digitaliseringen i samfunnet for øvrig.

Helsedir fikk i 2013 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å kartlegge situasjonen for digitale dialogtjenester hos fastleger samt klargjøre for ettermålinger av slike tjenester, som en del av arbeidet med gevinstrealisering i prosjektet Digital dialog mellom pasient og fastlege. På grunnlag av oppdraget ble det utarbeidet en rapport i 2014¹, med beskrivelse av situasjonsbildet for tilbud, bruk og holdninger til tjenester som muliggjør digital dialog mellom innbyggere og deres fastlege/fastlegekontor. Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) har i 2017 og 2018 publisert forskning om blant annet tilfredshet og bruk av tekst-konsultasjon blant pasienter og leger. Funnene var positive.

E-helse publiserte juni 2017 et faktaark² om videokonsultasjon som støttedokument til Norm for informasjonssikkerhet med juridiske, tekniske og faglige krav til videoløsninger.

E-helse ga i september 2017 ut en veileder³ for fastleger og de som arbeider på legekontorer i kommunene og som ville tilby pasientene digital dialog via helseportalen Helsenorger. Denne veilederen gir råd om tekstkonsultasjoner, men ikke om videokonsultasjoner.

Helsedir og E-helse fikk 22. mai 2018 i oppdrag å utrede bruk av e-konsultasjon. Det ble avklart at direktoratene skulle sammenstille sine funn og anbefalinger i en felles rapport.

¹ *Digital dialog mellom pasient og fastlege: nåsituasjon*. Delleveranse i arbeid med gevinstrealisering. Helsedirektoratet 2014.

² *Faktaark 54 om videokonsultasjon*. Direktoratet for e-helse 2017.

³ *Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege*. Direktoratet for e-helse 2017.

Uttalelser om e-konsultasjon

Gjennom utredningen er det samlet inn mye informasjon fra et bredt spekter av aktører. Nedenfor er noen sitater fra personer som har blitt intervjuet eller deltatt i workshop. Sitatene sammenfaller med et positivt stemningsskifte ovenfor e-konsultasjon fra både pasient- og legehold vi har observert i arbeidet med utredningen fra juni til november 2018.

Petter Brelin, spesialist i allmenntmedisin, fastlege og leder for Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) i Dagens medisin:

"Vi hilser gode, kvalitetssikrede digitale løsninger velkommen."

Kjartan Olafsson, spesialist i allmenntmedisin, fastlege ved Sunnfjord medisinske senter i Flora kommune og leder i Legeforeningens IT- utvalg:

"Jeg vil anskaffe meg videoløsning for pasientkommunikasjon raskt. Først og fremst for å styrke oppfølgingen av de aller sykeste pasientene. Jeg tenker blant annet på terminale, kreftsyke pasienter som har valgt å dø hjemme. Video vil ikke erstatte hjemmebesøk, men gi mulighet for mer oppfølging."

Rune Steinum, spesialist i allmenntmedisin, fastlege ved Melbu legekantor i Hadsel kommune:

«Video fungerer veldig godt for meg og mine pasienter. Dette er en ny hverdag.»

Pasient hos Rune Steinum, fastlege ved Melbu legekantor i Hadsel kommune:

«Jeg er veldig fornøyd, video gjør at jeg slipper lange reiser for å snakke med legen min.»

Anne-Lise Kristensen, pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus og sosial- og eldreombud i Oslo kommune:

«Dette er bra for oppfølging av kronisk syke og for de som har utfordringer med å komme seg til legen, enten ved at de benytter seg av denne muligheten på egen hånd når det er faglig forsvarlig eller ved hjelp fra hjemmetjenesten.»

Pasientrepresentant på Helsedirs workshop om e-konsultasjon hos fastlege 16. oktober 2018, Gardermoen:

«Videokonsultasjon vil gjøre min hverdag enklere.»

Bjarte Sørensen, spesialist i allmenntmedisin, fastlege ved Hjelmeland legekantor i Hjelmeland kommune:

«Jeg har spart samfunnet for betydelige kostnader og gitt raskere hjelp til pasienter når jeg har benyttet video i stedet for å rykke ut med legebåt på legevaktsoppdrag. Det er mye som kan løses over video.»

Oppdragsbrev til Helsedirektoratet

I oppdragsbrevet av 22. mai 2018, viser HOD til møtet med E-helse og Helsedir 27. februar hvor det ble varslet et tillegg til tildelingsbrev til E-helse om e-konsultasjon hos fastleger. Videre ble det i samme møte varslet en utvidelse av oppdraget til Helsedir om video-konsultasjon. Oppdragsbrevet av 22. mai 2018 til Helsedir lyder slik:

I tildelingsbrevet 2018 er oppdraget formulert "gjøre en vurdering av hvilke typer konsultasjoner hos fastlege og legevakt som kan gjøres ved videokonsultasjon på en faglig forsvarlig måte, herunder hvordan tjenestene må innrettes for å sikre forsvarlighet. Det skal også gjøres en vurdering av hvor stor andel dette kan utgjøre av det samlede konsultasjonsvolumet. Som del av oppdraget bør Helsedir vurdere å innhente en oppsummering av kunnskap om dette."

HOD ber Helsedir utvide dette oppdraget til å gjelde e-konsultasjon generelt (video, tekst, bilde). Videre bes direktoratet om også å vurdere hvilke typer e-konsultasjoner og kontakter mellom tjenesteytere (eks fastlege og sykehuslege), med eller uten pasient tilstede, som det er faglig ønskelig å kunne gjennomføre.

Helsedir bes samarbeide tett med E-helse i dette arbeidet, og at oppdraget ses i relasjon til tilleggsoppdrag gitt til E-helse om e-konsultasjon. Internasjonal erfaringsinnhenting gjøres i samarbeid med E-helse.

Helsedir bes som fagmyndighet om å utrede økonomiske og administrative konsekvenser e-konsultasjon vil ha i virksomhetene.

Helsedir sin oppdragsforståelse

I utredningen gis det en vurdering av hvilke typer e-konsultasjoner (video, tekst, bilde) hos fastlege og legevakt som kan utføres på en faglig forsvarlig måte. Vurdering av hvilke typer e-konsultasjoner mellom tjenesteytere som er ønskelig, fremkommer fra kunnskapsgrunnlaget og innhentede innspill.

I utredningen beskrives behovet for e-konsultasjoner mellom pasienter og fastlege/legevakt. Videre beskrives det faglige behovet for e-konsultasjoner mellom tjenesteytere og pasient. I tillegg beskrives i noen grad behovet for bruk av e-konsultasjon mellom ulike aktører i spesielt helsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Det gis også en vurdering av om fastlegene bør få plikt til å tilby e-konsultasjoner. I tillegg er det også drøftet når det er hensiktsmessig og faglig forsvarlig og bruke e-konsultasjon.

Informasjon om hva Helsedir har svart ut av oppdraget, er plassert på flere områder i tråd med rapportens disposisjon og struktur. Anbefalingene (kap.1), Konsekvenser (kap. 8) og Anbefalinger og Funn (kap. 9) gir samlet oversikt.

1. *Spørsmål om det skal være krav om at alle fastleger skal tilby e-konsultasjon og problemstillinger om forsvarlighet* blir blant annet drøftet i kapittel 6, 6.4.
2. *Hvilke type konsultasjoner som egner seg som e-konsultasjon både tekst og bilde, knyttet til forsvarlighet*, blir blant annet drøftet i kapittel 5 og i kapittel 6, 6.6.
3. *Vurdering av kontakter mellom tjenesteytere (eks fastlege og sykehuslege), med eller uten pasient tilstede, som det er faglig ønskelig å kunne gjennomføre*, blir drøftet i kapittel 4, 4.2 og kapittel 6.
4. *Vurdering av hvor stor andel dette kan utgjøre av det samlede konsultasjonsvolumet* omtales blant annet i kapittel 8.

5. *Økonomiske og administrative konsekvenser som følge av å innføre e-konsultasjon i virksomhetene* omtales i hovedsak i kapittel 8.

Oppdragsbrev til E-helse

E-helse har fått et parallelt oppdrag om e-konsultasjon med samme frist som oppdraget til Helsedir 1. desember 2018. E-helse har vektlagt samarbeidet med Helsedir for å se oppdragene i sammenheng. E-helse er helt avhengig av at de helsefaglige behov og faglige forutsetninger for e-konsultasjon blir fastlagt av fagmyndigheten. E-helse har videre benyttet seg av fora Helsedir har etablert, blant annet styringsgruppen for Primærhelseprogrammet og programmets referansegruppe. Dette for å ivareta forankring med relevante aktører slik oppdraget ber om. Helsedir har på samme vis deltatt i møter og fora i regi av E-helse. E-helse har gjennomført møter med marked og leverandører, intervju med norske fastleger som bruker videokonsultasjon i dag, intervjuet svenske- og danske myndigheter og i tillegg til flere svenske regionale myndigheter. Kartleggingen og den empiriske kunnskapen som er samlet inn, er delt med Helsedir og tjent som grunnlag for å etablere et styrket faglig grunnlag for anbefalinger og tiltak.

Direktoratene har samarbeidet med Norsk senter for e-helseforskning (NSE) i kunnskaps- og litteratursøkene på området. Funnene fra NSE er reflektert i rapporten og er ett av flere viktige grunnlag for direktoratenes anbefalinger.

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til E-helse er følgende avsnitt av særskilt betydning.

E-helse gis med dette i oppdrag å utrede tekniske muligheter for og konsekvenser av å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon (video, tekst, bilde). Utredningen skal inkludere en vurdering av hvilke muligheter som finnes på området i det private leverandørmarkedet, inkludert hvordan det kan legges til rette for at private leverandører skal kunne tilby sine tjenester i det offentlige tjenestetilbudet. Departementet ber E-helse særlig om vurdere hvordan markedsaktørenes løsninger kan realiseres på helsenorge.no.

E-helse sin oppdragsforståelse

E-helse viser til felles møter med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedir om oppdraget.

E-helse er bedt om å «*utrede tekniske muligheter for og konsekvenser av å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon (video, tekst, bilde)*». I en streng kontekst vil e-konsultasjon kun omfatte formene tekst- og videokonsultasjon. Ettersom bilde i seg selv ikke er en tjeneste, er dette vurdert som én av flere former for vedlegg til tekstkonsultasjon og videokonsultasjon. I en utvidet forståelse og kontekst for e-konsultasjon, er det naturlig å inkludere omkringliggende tjenester, som nettportal og nettbasert timebestilling, som kan bidra til å gjøre e-

konsultasjon til et fulldigitalt tjenestetilbud for innbyggerne. På sikt bør også de omkringliggende tjenestene omfatte veiledning, skjema og triage⁴ for å lede innbyggerne til riktige tjenester herunder selvhjelp, selvtesting og mestringsøvelser slik at listeinnbyggerne får til helsetilbud på et egnet og effektivt omsorgsnivå. I denne utredningen fremmer vi anbefalinger for innføring av e-konsultasjon ved bruk av tekniske muligheter og nødvendig tilrettelegging, og anbefalinger for å øke utbredelse og bruk av løsningen.

E-helse er videre bedt om å gi «en vurdering av hvilke muligheter som finnes på området i det private leverandørmarkedet». Her er det i styringsdialogen med departementet enighet om å avgrense undersøkelsen av det private leverandørmarkedet til å gjelde leverandører av videosystemer og EPJ-systemer som henvender seg til det norske marked.

E-helse har i oppdragsforståelsen og utredningen vektlagt fastlege og listeinnbygger som viktig startpunkt for e-konsultasjon. Vi vurderer at tekniske løsninger, spesielt video, kan skaleres til andre bruksområder. De teknologiske løsningene er av en slik karakter at de med relativt enkle grep kan skaleres og overføres til andre bruksområder. Dermed kan de tas i bruk ved legevakt og i dialog mellom fastlege og andre tjenesteytere innenfor helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Det er også vurdert særskilte tekniske løsninger for å fremme samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne. For å få til et effektivt samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, må det trolig også gjøres organisatoriske grep i spesialisthelsetjenesten. Vi vurderer at dette ligger utenfor mandatet for denne utredningen.

Det er bedt om en «benchmark av lignende løsninger i land det er naturlig å sammenligne seg med». Det er vanskelig å gjøre en presis benchmarking mellom ulike land på grunn av ulik organisering og regulering. Vi har derfor valgt en deskriptiv tilnærming og kartlegging ved å gå igjennom skriftlige kilder og bruk av intervju om bruk, organisering, funksjonalitet, sikkerhet og regulering av e-konsultasjon i landene som er undersøkt. NSE har også støttet oss i dette.

Rapporten svarer ut begge direktoratenes oppdrag. E-helse ser det svært formålstjenlig at de helsefaglige og de e-helsefaglige vurderinger og anbefalinger, fremlegges i sammenheng. En vesentlig forutsetning for bruk av *Utredningsinstruksen* som metode, er at behov og problemstillinger teknologi/e-helse skal løse er klart definert. Rapporten har således et større sideantall enn om svar på oppdragene hadde vært hver for seg.

Leseveiledning under viser punktene som svarer ut vårt oppdrag. Anbefalingene (kap.1), Konsekvenser (kap. 8) og Anbefalinger og funn (kap. 9) gir samlet oversikt.

1. *Utrede tekniske muligheter for å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon (video, tekst, bilde):* Dette er svart ut i bl.a. kapittel 0, 3.2, 4.4 og 6.4. (om krav).
2. *Vurdere hvilke muligheter som finnes på området i det private leverandørmarkedet:* Dette er svart ut bl.a. kapittel 3.2, 3.5, 3,6 og 3.7
3. *Vurdere hvordan det kan legges til rette for at private leverandører skal kunne tilby sine tjenester i det offentlige tjenestetilbudet:* Dette er svart ut i bl.a. kapittel 4.4.

⁴ «Triage» er fransk og betyr «sortering, utskilling, utvelgning, utvalg» «Triage» kan også forstås som «hastegradsvurdering» og «prioritering». [Tidsskrift for Den norske legeforening](#) (2013)

4. *Vurdere hvordan markedsaktørens løsninger kan realiseres på Helsenorge:* Dette er svart ut bla. i kapittel 6.5.
5. *Angi en tidsplan for når e-konsultasjon kan være innført i tjenesten:* Dette er svart ut i blant annet kapittel 9.2.
6. *I hvilken grad de tekniske løsningene også kan brukes i digital dialog mellom tjenesteytere:* Se vurderinger og avgrensning av oppdrag i 2.1.4 og omtale kap. 5.3
7. *Vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av de tekniske løsningene:* se kap 1, og 8.
8. *Gjøre en benchmark av lignende løsninger i land det er naturlig å sammenligne seg med:* Dette svart ut i kapittel 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 og 3.7 og i vedlegg 12.4.
9. *Samarbeide tett med Helsedir med hensyn til faglig innhold og eventuelle behov for regelverksendringer:* Dette er svart ut i kapittel 2 sammen med Helsedir.
10. *Samarbeide tett med relevante aktører, som Norsk Helsenett SF og Legeforeningen:* Dette er svart ut i kapittel 0.

2.2 Metode

Rapporten følger oppsett som angitt i utredningsinstruksen⁵.

Samarbeid mellom direktoratene

Det har vært tett samarbeid mellom Helsedir og E-helse gjennom opprettelsen av en felles prosjektorganisering. For å samordne prosjektene har det vært hyppig kontakt og informasjonsutveksling. Det har blant annet vært avholdt:

- Ukentlige møter med en felles prosjektgruppe
- Felles møter med prosjekteierne og prosjektlederne hver tredje uke
- Møter i Arbeidsgruppen i regi av Helsedir hver annen uke, der E-helse har deltatt
- Felles dialogmøter med HOD.

Fristen for leveranse til HOD er 1. desember 2018 for begge oppdragene. På grunn av tilgrensende oppdrag og samme tidsfrist, ble direktoratene enige med HOD om å levere en felles rapport.

Kunnskapsinnhenting

For å få et helhetlig kunnskapsgrunnlag har direktoratene samarbeidet om innhenting av relevant kunnskap. Det har vært vesentlig å sikre innspill om e-konsultasjon fra både brukere, behandlere og leverandører i Norge og andre land. Det er gjennomført følgende aktiviteter:

- Litteraturstudie og analysearbeid
- Dybdeintervju av leger som har erfaring med videokonsultasjoner
- Samtaler og spørreundersøkelse av leverandører av EPJ systemer og videoløsninger

⁵ Utredningsinstruksen. Regjeringen 2016.

- Workshop med flere ulike helseaktører
- Dialog med relevante myndigheter i Sverige og Danmark
- Studietur til praksiser i London, dialog med markedsaktører og National Health Service (NHS).

Litteraturstudie

Litteraturstudie og analysearbeid har vært gjennomført i samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE). Følgende er innhentet:

- Rapporter, veiledninger og liknende fra Norge og andre land.
- Analyse av e-konsultasjoner i Analysenotat 8/2018 fra SAMDATA kommune.
- Kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt senter for e-helseforskning om video-konsultasjoner i primærhelsetjenesten (kap. 12.4).

Dybdeintervju med fastleger og private aktører

E-helse utførte i samarbeid med Helsedir og NSE både videokonferanser og skriftlige spørreundersøkelser med syv fastleger og to private aktører som har erfaring med videokonsultasjoner. Undersøkelsen ble utført i september og oktober 2018.

Spørreundersøkelsen og funnene er inndelt i en kvantitativ- og en kvalitativ del. Det ble lagt vekt på å få innspill fra ulike typer av fastlegepraksiser ved å intervjuere yngre og eldre fastleger både i og utenfor tettbebygde strøk, på større og mindre legekontor, og som benyttet ulike journalsystemer og videoløsninger.

Grunnet det svært lave antallet leger som benytter videokonsultasjon og begrenset tid tilgjengelig for undersøkelsen er antallet deltakere begrenset. En utfordring er at det ikke finnes noen oversikt på hvilke leger som har erfaring med videokonsultasjon. Det lave antallet leger, totalt ni, gjør at funnene ikke er statistisk signifikante. Funnene er likevel konsistente og de støttes av lignende funn fra blant annet Sverige. Det vurderes derfor at funnene gir en god indikasjon brukervennlighet, medisinsk forsvarlighet, anvendelsesområder, effektivitet, arbeidsprosesser, tekniske aspekter, sikkerhet, utfordringer, samt hva som skal til for å forbedre, utbrede og øke nytteverdien av e-konsultasjon både for bruker og behandler. Funnene utgjør en sentral del av kunnskapsinnhenting i utredningen.

Samtaler med videosystem- og EPJ-leverandører

Det er gjennomført dialogmøter og spørreundersøkelser med leverandører av videotjenester og EPJ-system til det norske markedet. Hensikten var å etablere en god forståelse av hvilke tjenester og funksjonalitet som leverandørene tilbyr eller planlegger å tilby, samt hvordan de vurderer utviklingen i markedet.

Workshop med representanter for brukere og behandlere

Det ble arrangert en workshop på Gardermoen om e-konsultasjon 16. oktober 2018. Formålet var å vurdere relevante temaer og problemstillinger knyttet til e-konsultasjon både fra et behandler- og brukerperspektiv.

Det var omlag 50 deltakere på workshopen med brukerrepresentanter fra Kreftforeningen, Pensjonistforbundet, Pasient- og brukerombudet, Foreningen for muskelsyke, Norsk revmatikerforbund og ME-foreningen. Fra de samhandlede aktørene/behandlere deltok Norsk fysioterapeutforbundet, Norsk Sykepleieforbund, Kommunenes sentralforbund (KS) og Helse Sør-Øst RHF. I alt deltok 11 leger som representerte Den norske legeförening og legesentre fra ulike deler av landet.

Samarbeid med andre land

Det er gjennomført videokonferanser og dokument-, informasjonsutveksling og dokumentinnhenting med relevante aktører i Sverige (Socialstyrelsen og regionene Dalarna, Jönköping, Uppsala og Västra Götaland) og Danmark (Danske regioner), samt studietur til Storbritannia (NHS og private aktører i London) for å etablere gjensidig erfaringsdeling mellom landene på status og prosess angående arbeidet med innføring av ulike former for e-konsultasjon. Begge direktoratene deltok på studieturen til Storbritannia som var arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet.

2.3 Begreper

Det er behov for et omforent begrepsapparat for digital dialog og e-konsultasjon. Et slikt begrepsapparat må inneholde, eller være kompatibelt med, begrepsapparatet for telemedisin, medisinsk avstandsoppfølging og andre aktuelle tjenesteområder som digitaliseres.

Følgende begrep er viktige for å få en omforent forståelse av innholdet i denne utredningen:

- *E-konsultasjon* er et samlebegrep for de digitale konsultasjonsformene tekstkonsultasjon og videokonsultasjon.
- *Tekstkonsultasjon* er en konsultasjonsform der innbygger gjør en skriftlig henvendelse til sin fastlege ved bruk en enkel og sikker meldingstjeneste. Tjenesten gir innbyggeren mulighet til å stille spørsmål eller løfte bekymringer til fastlegen uavhengig av legekontorets åpningstider. Fastlegen plikter å besvare henvendelsen innen fem virkedager. Både innbygger og fastlege kan legge ved filer som bilder og annen dokumentasjon for å underbygge teksten.
- *Videokonsultasjon* er en konsultasjonsform der innbygger kan møte fastlegen i sanntid uten fysisk oppmøte på legekontoret. Tjenesten er basert på at begge parter får tilgang til et virtuelt møterom sikker kommunikasjon. Deltakerne benytter enten datamaskin, nettbrett eller smarttelefon med kamera og mikrofon for å sende og motta lyd og bilde. Gitt god lyd- og bildegjengivelse, vil denne konsultasjonsformen ligge tett opp til opplevelsen av en fysisk konsultasjon på legekontoret.

Tekstkonsultasjon finnes i dag som en egen tjeneste på Helsenorge under navnet «e-konsultasjon» som en av fire tjenester under Digital dialog fastlege (DDFL). Etersom e-konsultasjon også inkluderer videokonsultasjon vil det være nødvendig å definere og kommunisere et nytt navn på denne tjenesten.

Det er også verdt å merke seg at det ikke skilles mellom tekst- og videokonsultasjon i stønadsforskriften⁶, som angir refusjon til fastlegene. I dag dekkes begge konsultasjonsformene av takst «2ae E-konsultasjon hos fastlege». Bruk av denne taksten er beskrevet slik i stønadsforskriften: «*E-konsultasjon innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasient og hans/hennes fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten. Taksten kan kun kreves ved etablert sykdom/lidelse hos pasienten. E-konsultasjonen skal være journalverdig, jf. ordinær konsultasjon/sykebesøk. E-konsultasjonen skal inneholde en medisinsk vurdering og anses sluttført når legen har vurdert henvendelsen og gitt pasienten svar. Eventuelle tilleggsspørsmål og innhenting av supplerende informasjon fra pasienten er inkludert. Fastlegen, eller dennes stedfortreder, skal normalt besvare pasientens henvendelse innen 5 arbeidsdager. Legen avgjør om slik konsultasjon skal tilbys pasientene. Kommunikasjonen skal skje på sikkerhetsnivå 4, jf. Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.*».

⁶ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Lovdata 2018.

Det er både som en del av tjenestene på DDFL og i stønadsforskriften definert en enkel form for kontakt med legekantoret. Denne tjenesten kalles «e-kontakt» på DDFL. I følge stønadsforskriften skal e-kontakt være *«Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved elektronisk kommunikasjon (sikkerhetsnivå 4). Taksten forutsetter at det gis råd/veiledning. Gjelder ikke når kontakten/forespørselen resulterer i skriving av sykmelding, rekvisisjon eller henvisning.»*. E-kontakt er ikke en konsultasjonsform og inngår ikke som en del av løsningsbeskrivelsen i denne utredningen.

3 DAGENS SITUASJON

3.1 Egnethet for konsultasjonsform

Kunnskapsgrunnlaget for e-konsultasjon som konsultasjonsform består av:

1. Kunnskapsoppsummering fra NSE om e-konsultasjoner (vedlegg 12.4)
2. Intervjuer med leger som benytter e-konsultasjoner (vedlegg 12.2)
3. Workshop med behandlere og brukere
4. Detaljert drøfting av konsekvenser ved e-konsultasjoner (vedlegg 12.3).

Det vurderes at e-konsultasjoner kan føre til bedre oppfølging fra fastlegen og til økt kvalitet i behandling. E-konsultasjon er et godt supplement til ordinære konsultasjoner med lege når det ikke er behov for eller mulig å være fysisk tilstede på legekantoret. Digital dialog mellom pasienter og lege kan medvirke til å skape gode forløp. Dette utdypes i det følgende.

Kunnskapsoppsummeringen utført av NSE (vedlegg 12.4) fant ikke studier som ser på bruk av videokonsultasjoner mellom primærlege og pasienter, men det finnes studier som ser på bruk av tekstkonsultasjoner i primærhelsetjenesten. Det beste datagrunnlaget om effekter av videokonsultasjoner er fra spesialisthelsetjenesten.

Om e-konsultasjoner er «egnet» eller «uegnet» for å gi behandling avhenger av i hvilke tilfeller det brukes og hvordan det brukes. Dette reflekteres i den tilgjengelige litteraturen, som i stor grad preges av pilotstudier som har funnet enkeltoppgaver hvor e-konsultasjon kan brukes som et nyttig hjelpemiddel. Det har vært opp til den enkelte lege å avgjøre i hvilke situasjoner e-konsultasjon er passende.

Noen studier fra Canada, Storbritannia og andre europeiske land viser at meldinger sendt via portaler benyttes for administrative spørsmål, enkle medisinske spørsmål, prøvesvar, oppfølging av symptom og lidelser som er kjent fra før, inkludert kroniske sykdommer. Studiene viser at meldingene ikke egner seg for øyeblikkelig hjelp eller når det er behov for raske svar, samt når undersøkelser av pasienten er nødvendig. I noen funn konkluderes det med at meldingene ikke bør brukes til pasienter som ikke er kjent av legen fra før. Det vises til at e-konsultasjon kan potensielt brukes i behandling av de fleste store pasientgrupper, men er fra primærhelsetjenesten oftest dokumentert brukt til behandling av akutte luftveg og urinvegsinfeksjoner, hudlidelser og psykiatri.

Dokumenterte erfaringer fra Norge og andre land som USA og Storbritannia viser at e-konsultasjoner kun utgjør en liten del av det totale antallet konsultasjoner, men at bruken øker som følge av at leger og pasienter blir kjent med de nye mulighetene.

Det fremgår fra samtaler med leger og brukere under workshopen at det er forholdsvis lik oppfatning av hvilke områder som egner seg for e-konsultasjoner. Det er likevel forskjellige oppfatninger om når ulike former for digital dialog skal benyttes.

Intervjuene med fastlegene (vedlegg 12.2) viser at de opplever videobaserte konsultasjoner som en verdifull og god konsultasjonsmetode både for behandler og pasient. Det kommer frem at det er en fordel å kjenne pasienten fra før, og videokonsultasjon benyttes mye ved behandling av kjente tilstander. Når det er egnet for nye tilstander avhenger av situasjonen. Videokonsultasjon er godt egnet ved ulike typer oppfølgingssamtaler, legeerklæring til pasienter som legen kjenner godt, oppfølging av studenter som har flyttet langt fra fastlegen sin. For pasienter med akutt infeksjonssykdom som trenger sykemelding kan videokonsultasjon være egnet for å unngå at andre pasienter og helsepersonell smittes.

I gitte situasjoner kan videokonsultasjon brukes til å foreta vurdering av smertepåvirkning, respirasjonsfrekvens, utslett, hevelser, igangsatt behandling, bivirkning av medisiner, endring av resepter, fornying av enkelte resepter, oppfølging av sykemeldte med avklart sykdom.

Videokonsultasjon kan egne seg godt for oppfølging av psykisk syke ettersom flere har lettere for å åpne seg opp og snakke fritt over video. I tillegg kan komme raskere i kontakt med legen. Bruk av video kan også redusere barrieren mange unge vokse har for å kontakte lege angående psykiske plager.

Videokonsultasjon kan ha stor verdi ved medisinske tilfeller som krever et visst omfang av kontinuerlige oppfølginger, særlig for pasienter som har lang reisevei eller utfordringer med å ta seg til legekantoret. Videokonsultasjon med flere parter kan også gjøre det enklere å involvere andre aktører som hjemmesykepleie, sykehus, annet helsepersonell, pårørende etc.

Noen opplevde fordeler for fastlegekontorene er redusert pågang på telefon, mulighet for raskere respons på henvendelser og raskere kommunikasjon.

Det fremkommer at e-konsultasjon er lite egnet hvis det er behov for å fysisk ta på pasienten, gjøre målinger, ta prøver eller vurdere mer kompliserte tilstander slik som alvorlige infeksjoner. Det kan også være informasjon som legen ikke fanger opp men som kunne blitt avdekket i en fysisk konsultasjon. Enkelte av fastlegene uttrykte at det ikke var egnet å bruke video dersom legen ikke kjenner pasienten fra før og ikke hadde journalinformasjon.

Private legeaktører har leger med erfaringer fra opptil flere tusen videokonsultasjoner og noen kombinerer dette arbeidet med ordinær fastlegevirksomhet. De viser til at det ikke er mulig i dag å gi en helt klar oppsummering av hvilke typer undersøkelser som digitale konsultasjoner vil egne seg for fremover. Dette fordi digital kompetanse, tilgjengelig hjelpemidler og utvikling av teknologi vil endre dette bildet over tid. Generelt kan det sies at problemstillinger som ikke krever fysisk undersøkelse kan egne seg for videokonsultasjon avhengig av legens tilgang på informasjon, vurdering av pasienten og situasjonen.

Aktørene ga uttrykk for at de oppnår god kontakt med pasientene gjennom bruk av video, ved at legen holder blikk kontakt med pasienten mesteparten av tiden. Det er positivt for legen å kunne observere pasientene i hjemmemiljøet, hvor noen vil være mer komfortable og barn vil kunne observeres under lek. Videokonsultasjoner er nyttig for de som har vanskelig med å besøke legen, f.eks. eldre med bevegelsesutfordringer eller de som flytter mye fra sted til sted. Rådgivning kan godt gjøres på video og en aktør nevnte at oppfølging av pasienter kan foregå over video, men at oppfølgingsansvaret må ligge hos fastlegen. En av aktørene påpekte at det er viktig at legen ikke tar konsultasjoner til alle tider over alt, men at det gjøres på et kontor eller et stille nøytralt sted.

3.2 Dagens situasjon i Norge – Fastlegetjenesten

Bruk og organisering

Norge har om lag 4 700 fastleger og den enkelte lege står fritt til å organisere arbeidet sitt. Det er i dag et høyt fokus på digitale helsetjenester hos mange private og offentlige aktører. Det er også en økende bevisstgjøring blant innbyggere.

Bruken av e-konsultasjon (tekst, video, bilde) er fremdeles lav i fastlegetjenesten. Ettersom samme takstkode (2ae) benyttes for både tekst- og videokonsultasjon, er det ikke mulig å

skille omfanget av disse. Basert på dialog med aktørene i markedet vurderes bruken av videokonsultasjoner i fastlegetjenesten til å være svært lav, men i sterk vekst. De fleste fastleger som utfører videokonsultasjoner begynte med dette først i 2018.

De siste fem årene har e-konsultasjoner vist en årlig vekst på omtrent 150 %. Fra januar 2018 til oktober 2018 økte den månedlige andelen av e-konsultasjoner fra 0,8 % til 2,2 %. Tall fra Helsenorge viser at omtrent 25 % av fastlegene i dag tilbyr tjenester på DDFL. Det finnes ikke tall på hvor mange av disse fastlegene som tilbyr tjenestene for nettbasert timebestilling og tekstkonsultasjon. Private aktører som KRY og Eyr vurderer at de leverer legetjenester som utgjør et nødvendig og etterspurt supplement til fastlege-tjenestene. Eyr har levert digitale konsultasjoner siden januar 2017 og KRY hadde oppstart i februar 2017. Fra oppstart har KRY levert cirka 25 000 konsultasjoner i Norge⁷.

Dette viser at både det offentlige helsetjenesten og de private legeaktørene deltar aktivt i utviklingen av digitale helsetjenester. Dette støttes av Accenture sin rapport fra 2018⁸ som viser til at *«det foregår et kappløp der det offentlige og det private kjemper om å tette gapet mellom innbyggernes forventninger og dagens tilbud av e-konsultasjon.»*

Accenture⁹ anslo at 40 % av legekonsultasjonene kan gjøres digitalt innen 2025. Eyr vurderer at 20-30 % av konsultasjonene til fastleger kan gjøres over video¹⁰, men dette antas å øke til nærmere 40 % etter hvert som sensor-data blir integrert i de tekniske løsningene til fastlegene.

Digitale tjenestene har tidligere i mindre grad vært kommunisert av aktørene eller omtalt i media. På samme måte har bruk og nytteverdi ved disse konsultasjonsformene i begrenset grad vært kjent for fastlegene. En årsak er at det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget angående digitale helsetjenester er meget begrenset både i Norge og internasjonalt. Følgelig har innbyggernes bruk av og etterspørsel etter e-konsultasjon vært forholdsvis lav. Dette har samtidig vært begrenset utvikling hos EPJ-leverandørene for å støtte tjenestene. En viktig del av arbeidet med denne rapporten har derfor vært å innhente ny kunnskap gjennom samtaler med både brukere, behandlere og leverandører.

Det er nå en sterkt økende informasjonsmengde, bevissthet og interesse for e-konsultasjon, spesielt videokonsultasjon, i samfunnet. Det foregår en digital modning i samfunnet for øvrig og forventningene til digitale helsetjenester er økende. Et nær samlet leverandørmarked er derfor i prosess med å utvikle løsninger for å møte forventet behov til digitale tjenester. Responsen fra leverandørmarkedet og fastleger er at de ser Helsenorge som en viktig innbyggerportal for de digitale helsetjenestene. Det vurderes derfor at digitale helsetjenester vil utvikles raskt og tas i bruk av en betydelig større andel behandlere og innbyggere enn det som er tilfellet i dag. Det anses likevel som nødvendig å legge til rette for god utvikling av

⁷ Titusener tar legetimen via mobil. Kapital, 15. november 2018

⁸Digitale legetimer skyter fart- er det riktig behandling? Accenture 2018.

⁹ Vårt nye digitale Norge. Accenture 2017

¹⁰ Titusener tar legetimen via mobil. Kapital, 15. november 2018

markedet, løsningene, og videre utbredelse som inntil nå i stor grad har vært drevet frem av entusiaster og innovatører.

Private legeaktører som KRY og Eyr har vært forløpere til å ta i bruk ny teknologi, noe som har vært en inspirasjon og motiverende faktor for det offentlige helsevesenet i forhold til å synliggjøre nye måter å yte helsetjenester på. Samtidig representerer private helseaktørene en utfordring ved at det blir konkurranse om helsetjenester. Denne utviklingen foregår også i våre naboland Sverige og Danmark. Myndighetene der er meget bevisste på at digitale helsetilbud også skal tilbys av fastleger for å møte konkurransen fra andre private aktører, og dermed unngå uheldige vridningseffekter i helsetilbudet.

Den offentlige helsetjenesten tilbyr foreløpig kun tekstkonsultasjon via Helsenorger. Det er positivt at over et tyvetalls fastleger på egenhånd har tatt initiativ til å tilby videokonsultasjon ved å anskaffe uavhengige videoløsninger som ikke er integrert med EPJ.

En undersøkelse fra Forbrukerrådet¹¹ viser at selv om en stor majoritet tilbyr digitale tjenester, betyr ikke det at alle fastlegekontorene tilbyr de samme digitale tjenestene. Undersøkelsen viser at tilnærmet alle fastlegekontorene gir pasientene mulighet for å bestille time digitalt, 52 % kan tilby toveis skriftlig e-konsultasjon, mens kun 8 % tilbyr videokonsultasjon. En svakhet ved undersøkelsen er at kun 12 %, 161 fastlegekontor, svarte på undersøkelsen. Det gjør at utvalget som responderte sannsynligvis er mer digitale enn gjennomsnittet, og ikke helt representativt. Når dette tas i betraktning i kombinasjon med undersøkelser fra utredningen, så vurderes det at andelen fastleger som benytter videokonsultasjon er betydelig lavere enn 8 %. Det bør tas hensyn til denne skjevheten i datagrunnlaget også for de øvrige verdiene i undersøkelsen fra Forbrukerrådet.

Undersøkelsen viser at en majoritet av fastlegekontorene har en avventende holdning til økt bruk av videokonsultasjon i fremtiden. 33 % av fastlegekontorer responderte at de i høy eller noen grad var positive til økt bruk av videokonsultasjon i fremtiden. 51 % svarte at de i mindre grad eller ikke i det hele tatt var positiv til økt bruk av videokonsultasjon i fremtiden, mens 10 % var usikre. I forhold til hvor lite videokonsultasjon er benyttet blant fastlegekontorene, så anses det å være en forholdsvis høy andel som er positiv til økt bruk.

Fastlegekontorene oppgir mangel på behov som den mest utbredte årsaken til lav bruk av digitale helsetjenester. Til sammen er det 50 % som i høy eller noen grad sier seg enig i dette. En annen årsak som en tilnærmet like stor andel oppgir, er manglende kapasitet ved legekontoret til å ta i bruk løsningene.

Undersøkelsen refererer til tall Statistisk sentralbyrå som viser at nesten alle aldersgrupper under 65, har brukt internett de siste tre månedene, mens 88 % i gruppen 65-74 år har brukt internett. Ifølge omstillingsbarometeret har Norge de siste årene vært ledende i verden på bruk og grunnkompetanse innen teknologi i befolkningen. Den private sfæren til store deler av befolkningen består av smarttelefoner, nettbrett, datamaskiner og andre digitale hjelpemidler.

¹¹ Digital modenhet ved norske fastlegekontor. Forbrukerrådet 2018.

Digitale selvbetjeningsløsninger gjennom en app, nettportal, e-post eller SMS er stadig mer vanlig både hos offentlige og private virksomheter. Antall fastlegekontor som har lagt til rette for elektronisk timebestilling er økende, men likevel viser undersøkelsen at 86 % av innbyggerne oppgir at de benytter telefon når de kommuniserer med sitt fastlegekontor. Tall fra IT i praksis viser derimot at kun 12 % av innbyggerne foretrekker å kommunisere med det offentlige via telefon. Noe av årsaken forklares i undersøkelsen med at fastlegekontorene og innbyggerne i høy grad er tilfreds med telefon som kommunikasjonskanal. Fastlegekontorene oppgir samtidig at de største fordelene ved å ta i bruk digitale tjenester vil være redusert pågang på telefon, raskere svar til pasienten og mer effektiv kommunikasjon. Det vil trolig kreve en viss atferdsendring for å bevege innbygger over fra telefon til andre digitale kanaler.

Undersøkelsen tyder på at digitale tjenester er sterkt ønsket av befolkningen. Selv om kompetansen for å ta i bruk digitale tjenester ved norske fastlegekontor i stor grad er tilstede, så er utbredelsen relativt lav.

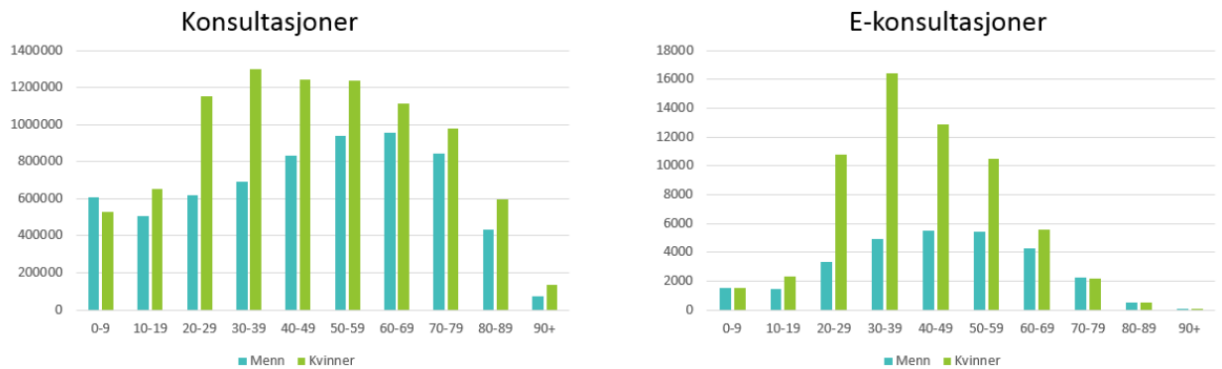
Oversikt på bruk av e-konsultasjon i Norge er gitt i datagrunnlaget til KUHR¹² (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Systemet håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo). Data fra KUHR gitt nedenfor baserer seg på alle regningskort fra fastleger og legevakt. Statistikken er basert på takskodene e-konsultasjon (2ae), enkel e-kontakt (1be) og ordinær, fysisk konsultasjon (2ad og 2ak).

Noen relevante funn i datagrunnlaget fra KUHR er at:

1. I 2017 var det om lag 90 000 e-konsultasjoner.
2. Med utgangspunkt i data for perioden januar til oktober så kan det estimeres et samlet antall på om lag 230 000 e-konsultasjoner for året 2018.
3. Personer i aldersgruppene under 20 år og over 70 år benytter e-konsultasjon i mindre grad. Kvinner i aldersgruppene mellom 20 og 60 år benyttet e-konsultasjon betydelig mer enn menn i samme aldersgrupper. Kjønnsforskjellene er større enn ved konsultasjoner gjennomført med fysisk oppmøte. Variasjonen mellom ulike aldersgrupper sammenfaller i stor grad for både e-konsultasjoner og konsultasjoner med fysisk oppmøte.

¹² Se ytterligere detaljer i vedlegg 12.6.

Antall konsultasjoner i Norge fordelt på alder og kjønn - 2017



4. Det var store geografiske forskjeller mellom kommuner i bruk av e-konsultasjon. Kun i 53 kommuner var e-konsultasjon benyttet av mer enn én prosent av innbyggerne.
5. Fordeling av e-konsultasjoner på ukedager var nesten lik fysiske konsultasjoner.

Styringsmulighet

Fastlegeordningen er en kommunal helsetjeneste der legen inngår en avtale med kommunen om å være fastlege. Faglige råd og retningslinjer for utøvelsen av tjenesten gis av Helsedir på det medisinske området og av E-helse på e-helse/IKT-området.

Fastlegevirksomheter er selvstendig næringsdrivende og myndighetenes styringsmulighet er i stor grad knyttet til lov, forskrift og insentivordninger. Betalene i dagens system er kommunene, stat og pasientene. Staten betaler for utførte legetjenester ved bruk av takster som er fremforhandlet. Kommunen betaler gjennom et per capita-tilskudd hvor fastlegene får en fast sum per pasient på listen sin. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer. Pasientene betaler også en egenandel for utførte tjenester med forhåndsbestemte satser.

Kommunene er ansvarlig for at innbyggerne har et forsvarlig og godt allmenntilbud og kan gi bidrag til de selvstendig næringsdrivende fastlegene. Når satsene er satt på forhånd vil det være en risiko for en vridning av aktivitet over til tjenester med relativt høyere inntjening. De årlige forhandlingene medfører derfor en viss indirekte styring av legenes tjenester og aktivitet gjennom endringer av insentiver. På samme måte påvirkes leverandørmarkedet av behovet hos fastlegene som de leverer systemer til.

Helsedir, Legeforeningen, KS og Oslo kommune vurderer nå tre-fire alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen i en utredning som skal leveres 1. september 2019. Noen relevante temaer her er: kvalitetsarbeid, tjenesteutvikling, krav til kompetanse og spesialistutdanning, samhandling med andre kommunale tjenester, samhandling med spesialisthelsetjenesten, samt digitalisering og utvikling av nye tjenesteformer.

Funksjonalitet og leverandørmarked

Gjennom den nasjonale løsningen Digital dialog fastlege (DDFL) er det etablert innbyggertjenester for nettbasert timebestilling og tekstkonsultasjon på Helsenorge. DDFL består også av tjenester for å fornye resept og kontakte legekantoret. Helsenorge er en nasjonal nettportal hvor innbyggerne i Norge kan finne informasjon om egen helse og motta helsetjenester. I tillegg til DDFL-tjenestene tilbys også informasjon om resepter, vaksiner, frikort, timeavtaler, henvisninger, meldinger med mer på Helsenorge. For at en innbygger skal kunne bruke nettbasert timebestilling og tekstkonsultasjon på Helsenorge må fastlegens leverandører av journalsystem og timebok lage grensesnitt for tilkobling mot Helsenorge for sine systemer, deretter må fastlegen velge å tilby tjenestene på Helsenorge. Her er det en viss treghet på leverandørsiden knyttet til å få godkjent egne systemer på Helsenorge og det er heller ikke alle fastleger som ønsker å tilby sine tjenester på Helsenorge.

Det finnes i tillegg EPJ-leverandører som leverer tilsvarende tjenester på egne nettportaler utenfor Helsenorge. Disse leverandørene tilbyr gjerne mer skreddersøm mot det enkelte legekantore som kan legge inn sin egen logo og informasjon om ansatte, kompetanseprofil, åpningstider og kontaktmuligheter. De har også mulighet for å legge til tjenester som i dag ikke er definert på Helsenorge. Det er opp til den enkelte fastlege å tilby tjenestene og funksjonaliteten som ligger i disse tjenestene. De fleste fastlegene tilbyr f.eks. nettbasert timebestilling, men flere av disse tilbyr ikke at innbyggerne kan se og velge ledige timer direkte i tjenesten. Dermed må disse innbyggerne likevel ta kontakt med legekantoret for å få tildelt eller endret en time.

Videokonsultasjon inngår foreløpig ikke i tjenestetilbudet på DDFL. Det er naturlig at DDFL er et sted som gir tilgang til videokonsultasjon, slik at alle innbyggertjenester hos fastlegen kan nås fra ett sted. Det er ikke behov for å utvikle egne systemer for dette formålet. På verdensbasis finnes det allerede over 300 ulike skybaserte videosystemer.

Confrere som er et av disse videosystemene, er tatt i bruk av et tyvetalls fastleger i Norge. Dette er et frittstående skybasert system som benytter en nettleser. Det kreves ingen særskilt tilpasning eller opplæring før bruk. Konsultasjonen initieres ved at fastlegen sender ut en lenke på SMS til pasienten. Lenken kan brukes både ved fastsatte timer og ved drop in-timer. Pasienten starter konsultasjonen fra smarttelefon, nettbrett eller datamaskin ved å følge lenken og uten å måtte laste ned programvare på forhånd. Det anbefales at pasienten starter konsultasjonen noen minutter før avtalt time. Ved oppstart blir pasienten bedt om autentisering på nivå 4 (BankID) og selvtesting av kamera, mikrofon, høyttaler og nettverksforbindelse. Ved tilfredsstillende testresultat kommer pasienten inn i et digitalt venterom og legen gis et varsel om at pasienten er klar til å starte konsultasjonen. Pasienten kan bli løpende orientert om kønummer i ventetiden. Fastlegen starter konsultasjonen ved å hente opp pasienten fra venterommet. I samtalen er det funksjonalitet for å dele skjerm og for å snu kamera, slik at både pasient og fastlege kan dele informasjon.

Det er utviklet integrasjon mot timebok i journalsystemene PsykBase og DIPS, men det er ikke laget integrasjon mot timebok- eller journalsystemer som benyttes av fastleger. Uten integrasjon med timebok og dermed uten felles timebok for alle konsultasjonsformer vil håndtering av timeavtaler i en arbeidsdag sammensatt av mange videokonsultasjoner og fysiske konsultasjoner kunne bli krevende for fastlegen å håndtere. Mange fastleger velger å holde av et visst tidsrom i løpet av dagen, f.eks. etter lunsj, der de tar alle videosamtalene etter hverandre. Dette gjør det lettere å organisere arbeidsdagen og det blir mer effektivt når videokonsultasjonene håndteres etter hverandre.

Det er integrasjon for betalingsløsning i systemet. Men uten integrasjon mot timebok eller journalsystem vil det bli et manuelt arbeid for å knytte betaling av egenandel til regnskap og

til frikortkonto hos Helfo. Systemet er foreløpig satt opp for én til én-samtaler, men rent teknisk vil det kunne ha kapasitet til håndtere opp til fire unike deltakere i en flerpartssamtale.

Et annet videosystem er Visiba Care som Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) prøver ut. Dette er et web- og appbasert system for videokonsultasjon som har mulighet for oppkobling til et journalsystem gjennom åpne grensesnitt. Systemet har innebygget funksjonalitet for timebok med timeavtaler og drop in-timer, meldinger, triage og skjema. Fastlegen kan starte konsultasjonen fra timeboken. Systemet tilbys med autentisering på nivå 4. CGM har allerede laget en integrasjon for det svenske markedet og der brukes dette videosystemet i totalt 7 av 21 län (regioner). Høsten 2018 gjennomføres et pilotprosjekt hos Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus der E-helse sammen med CGM, som er samskipnadens EPJ-leverandør, skal utvikle et grensesnitt for videokonsultasjon for studenter på Helsenorge basert på Visiba Care. Basert på dette pilotprosjektet planlegger CGM å ha et system for videokonsultasjon integrert med timebok tilgjengelig for innbyggerne i løpet av første kvartal 2019.

EPJ-leverandøren PasientSky vil tilby et egenutviklet videosystem integrert med sitt nye journalsystem for fastlegene fra og med andre kvartal 2019. Dette videosystemet er allerede integrert med timeboken i pasientadministrativt system (PAS) i PasientSky-løsningen og dermed tilgjengelig for alle fastleger som i dag bruker dette PAS-systemet i kombinasjon med EPJ-systemet System X fra Hove Medical Systems, som nå er kjøpt opp av PasientSky. PasientSky har primært satset på egen nettportal for innbyggerne.

Nettportalen kan nås fra app- og webbrowser og gjør at innbyggerne kan starte tekst-konsultasjoner, se ledige timer og drop in-perioder, bestille timer for videokonsultasjoner og fysiske konsultasjoner, og starte videokonsultasjoner hos sin fastlege. Fastlegen avgjør om pasientene kan bestille timer eller benytte andre tjenester på nettportalen. Bare de innbyggerne som har denne tilgangen kan se tjenestene på nettportalen. Fastlegen kan i timeboken se om pasienten er pålogget og klar til videokonsultasjon. Betaling er innebygd i nettportalen, slik at prosesser mot økonomisystem og rapportering på takst, egenandel og frikort mot Helfo blir ivarettatt. PasientSky ønsker å bruke standardmoduler og -grensesnitt. De åpner for å legge til eksternt utviklede moduler til sin plattform for å få til en raskere utvikling.

Microsoft med sin Skype for Business tilbyr videokonsultasjon til fastlegene. Løsningen leveres med en utviklingsplattform tilrettelagt for helsesektoren for å utvikle digitalt venterom og tilby autentisering. Microsoft tilbyr også sikre skytjenester gjennom sin Azure-plattform.

Felles for disse fire eksemplene er at det kreves en begrenset investering hos fastlegen for å kunne tilby videokonsultasjon. Fastlegen må ha en stor nok skjerm, ofte benyttes widescreen eller to skjermer, til å vise både nødvendig journaldata og bilde av pasient, samt web-kamera for å sikre et godt bilde i tillegg til mikrofon, høyttalere eller hodetelefoner for å sikre god lyd. Videosystemene selges som skytjenester med lave månedlige kostnader.

Videosystemene krever normalt ikke bedre nettverk enn det som kreves for å bruke skybaserte EPJ-systemer og annen digital kommunikasjon ved legekantorene. Legekantorene er i stor grad lokalisert ved tettsteder eller knutepunkt med gode muligheter for oppkobling til fastlinjenettverk eller godt mobilnettverk. Norsk helsenett SF, som er en sentral leverandør på nettverk og videokommunikasjon i norsk helsesektor med Skype for Business og tradisjonelt videokonferanseutstyr fra Cisco i sin produktportefølje, oppgir en båndbredde på 2 Mbit/s for nedlastning og opplastning som krav for sine videosystemer. Det dårligste fastlinjetilbudet som Norsk helsenett SF tilbyr sine kunder er på 1-8 Mbit/s, men legekantorene kan i de fleste tilfeller skalere opp til et vesentlig bedre tilbud. I følge en landsdekkende undersøkelse fra november 2017 var den gjennomsnittlige båndbreddekapasiteten på fastlinjenettverket 73 Mbit/s for nedlastning og 57 Mbit/s for opplastning og på det mobile nettverket 63 Mbit/s for

nedlastning og 27 Mbit/s for opplastning¹³ Dette viser at kapasitet på nettverket for de fleste brukere ikke vil være et problem ved videokonsultasjon.

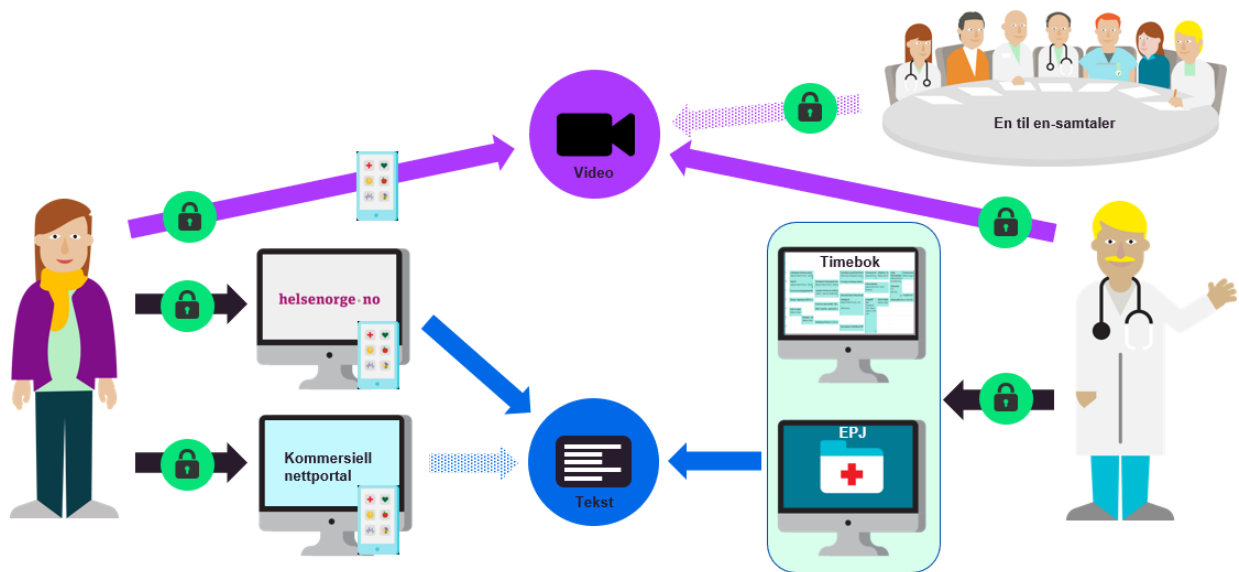
Pasientene som gjennomfører videokonsultasjon med mobiltelefon bør være på mobilt 4G-nettverk, men samtaler er også gjennomført på 3G-nettverk med godt signal. I følge Confrere er det ikke båndbredden i seg selv som er avgjørende for den tekniske kvaliteten på videokonsultasjonen, men eventuelle pakketap og varians i forsinkelse på nettverksforbindelsen. Systemene justerer automatisk for båndbredde underveis. Videokonsultasjonene kan dermed gjennomføres med god kvalitet ved båndbredde helt ned mot 300 kbit/s, dersom forbindelsen har lavt pakketap og lav varians. Problemene oppstår gjerne på trådløse nettverk når brukeren er for langt unna basestasjonen eller når det er for mange brukere på nettverket samtidig. Det siste er et vanlig problem i kontorfellesskap.

En spørreundersøkelse som E-helse har gjennomført i november 2018 viser at de aller fleste EPJ-leverandørene i det norske markedet har planlagt og nå arbeider for å kunne tilby støtte for videokonsultasjon i sine systemer i løpet av 2019 (kun én EPJ-leverandør til fastlege-markedet har ikke slike planer). EPJ-leverandørene har tett samarbeid med leverandører av videoløsninger med tanke å integrere videoløsning med timebok og journalsystem. EPJ-leverandørene sikter mot å koble systemene til DDFL, slik at videokonsultasjon kan benyttes fra samme sted som de øvrige digitale helsetjenester fra fastlegen.

For å realisere videosamtaler mellom mer enn to parter og mellom parter med ulikt oppsett på maskin- og programvare for videosamtale, er Norsk helsenett SF i disse dager i ferd med å prøve ut en brotjeneste fra Pexip. Brotjenesten er en avansert programvare som med en tidsforsinkelse på 40 ms kan knytte sammen parter uavhengig av oppsett. Tjenesten knytter sammen videokonferanseutstyr (Cisco, o.l.), Microsoft Lync, Microsoft Skype for Business og browsere på WebRTC (Google Chrome, Mozilla Firefox, Opera, etc.), ORTC (Edge), Apple WebRTC, Apple Safari og Adobe FlashPlayer (Internet Explorer). Programvaren sørger for kryptering i sann tid fra hver enkelt deltaker til broen basert på SRTP (Secure Real-time Transport Protocol). Pexip kan tilby BankID som plug-in, men autentisering av pasienter og behandlere bør håndteres ved Single sign on i henholdsvis nettportal og behandlingssystem (journalsystem). Tjenestemodell for dette systemet er ikke etablert.

¹³ Vi har kjørt nesten 12 000 kilometer og målt 1,1 millioner punkter. Dette er Norges beste 4G-nett. Tek.no 2017
Norge har fremdeles verdens raskeste mobile bredbånd. Og det ikke-mobile bredbåndet blir også stadig bedre. Tek 2017

Figuren nedenfor viser en overordnet fremstilling av dagens system.



Fastlegen har mulighet for å tilby tekstkonsultasjon på Helsenorge og/eller private nettportaler til innbygger, hvis fastlegens EPJ-system er tilrettelagt for dette (blå piler). Fastlegen kan anskaffe et frittstående videoløsning (stand-alone) uten integrasjon med EPJ-system, og tilby videokonsultasjon til innbygger (fiolette piler). En del fastleger benytter Skype for Business i tverrfaglig samhandling og møter innad i kommunene eller med sykehusavdelinger. Mange kommuner og helseforetak har denne løsningen. Videoløsningene er ikke integrert med EPJ.

Sikkerhet og regulering

Fastlegeordningens rolle og ansvar er regulert gjennom fastlegeforskriften¹⁴ og stønadsforskriften¹⁵. Krav til faglig forsvarlighet er generelt gitt i helsepersonelloven¹⁶ § 4 og spesifikt for primærhelsetjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven¹⁷ § 4-1.

I forhold til e-konsultasjon er det en klar begrensning i merknad B9 til stønadsforskriften som omhandler e-konsultasjon hos fastlege. Merknaden stadfester følgende: *"E-konsultasjon innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasient og hans/hennes fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten. Taksten kan kun kreves ved etablert sykdom/lidelse hos pasienten."* Denne merknaden er utviklet over tid gjennom de årlige forhandlingene mellom departementet og legeföreningen.

¹⁴ Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lovdata 2012

¹⁵ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Lovdata 2018

¹⁶ Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven). Lovdata 2001

¹⁷ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata 2011

Personvern og helselovgivningen stiller krav til informasjonssikkerhet og personvern. Informasjonssikkerhet er regulert i EUs personvernforordning art 32. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren stiller krav som detaljerer og supplerer gjeldende regelverk. Normen har faktaark som dekker området e-konsultasjon¹⁸ Sikkerhet er også beskrevet i kapittel 0 og 0.

3.3 Dagens situasjon i Norge – Legevakt

Bruk og organisering

E-konsultasjon har i liten grad vært brukt i legevakt fram til nå, men flere ser nytten av å øke bruken av videokonsultasjon spesielt i områder med lang reisevei til legevakt. Dette kom blant annet frem under workshop og en av fastlegene som ble intervjuet i undersøkelsen benyttet videokonsultasjon i legevaktpraksis og vurderte det som meget verdifullt. I flere tilfeller kan legevakt gi forsvarlig vurdering av pasient eller veilede annet helsepersonell/pårørende som er tilstede hos pasient. Det kan gi pasienten raskere hjelp og spare samfunnet for betydelige utgifter ved at legen unngår å rykke ut, spesielt når det er lang reisevei eller må benyttes kostbare transportmidler som legebåt. Videokonsultasjon benyttes trolig kun av noen få legevakter. En mulig årsak er begrensninger i stønadsforskriften for legevakt som gjør det mindre attraktivt å benytte videokonsultasjon.

Pilotprosjektet på legevaktfeltet¹⁹ vurderer en ny modell for å organisere legevakt ved å opprette satellittstasjoner i perifere områder av legevaktdistrikt for å gjøre videokonsultasjon mulig med legevaktsentral. Målet er å finne en ny organiseringsform er bedre tilpasset legevakter i små- og mellomstore kommuner for å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste. Studien finner at legevaktsatellitten opprettes der det er lang avstand til lege i vakt og hvor det samtidig anslås å være forholdsvis få henvendelser til legevakt på kveld og natt. Her er det helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere, som går i døgnvakt i kommunen enten i hjemmesykepleien eller på sykehjem, eller ambulanspersonell som er tiltenkt å gjøre definerte legevaktsoppgaver i samråd med lege.

Piloten finner at en legevaktsentral med forsterket legekompentanse vil ha nytte av å integrere telemedisin i sin virksomhet, noe som kan bidra til bedre medisinsk samhandling internt i legevaktdistriktet. Bruk av videokonsultasjon kan redusere behovet for at pasienter må komme til en legevaktstasjon. Det kan også redusere unødig bruk av ambulanseressurser for å transportere pasient til legevakt. En forsterket legevaktsentral kan også motta oversending av biometriske data som EKG, oksygenmetning, puls og BT.

¹⁸ Bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse 2018

¹⁹ Pilotprosjekt på legevaktfeltet. Helsedirektoratet 2018

Muligheten for å gjennomføre videobasert akuttmedisinsk konferanse med legevaktlege gjennom hele døgnet, vil bidra til at mange medisinske problemstillinger kan avklares på laveste effektive omsorgsnivå og medføre mindre reisebelastning for pasientene. Dersom hjemmetjenesten er utstyrt med audiovisuelt kommunikasjonsutstyr, kan dette fungere som virtuelle undersøkelsesrom. Fordelen med helsepersonell til stede ved videokonsultasjonene er at de kan utføre enkle kliniske undersøkelser og biometriske målinger i samråd med lege. Målgruppen vil ofte være eldre brukere som hjemmetjenesten ofte har kjennskap til fra før.

Funksjonalitet

Funksjonalitet er ikke spesifikt utredet for legevakt, men vil i stor grad sammenfalle med beskrivelsen om funksjonalitet gitt under dagens situasjon for fastlegetjenesten.

Sikkerhet og regulering

Legevakten reguleres av akuttmedisinforskriften i tillegg til i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Ellers er forholdene med hensyn til sikkerhet og regulering de samme som for fastlegetjenesten. Sikkerhet er ikke spesifikt utredet for legevakt i dagens situasjon.

3.4 Dagens situasjon i Norge – Spesialisthelsetjenesten

Helsedir er bedt å vurdere hvilke typer e-konsultasjoner og kontakter mellom tjenesteytere det er faglig ønskelig å gjennomføre. I dette punktet vil vi belyse behovet for konsultasjoner og kontakter mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det er i dag relativt begrenset bruk av videokonsultasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men det foreligger noen aktuelle praksiser og prosjekter:

- **Sunnaas sykehus HF** er kjent for satsning på pasientrettede telemedisinske tjenester, «Sunnaas-modellen». Sykehuset benytter videokonferanser ved følgende aktiviteter:
 - Poliklinisk oppfølging
 - Samarbeidsmøter med kommunen
 - Før innleggelse
 - Under innleggelse
 - Planlegging av utskrivning
 - Oppfølging etter utskrivning
 - Samarbeid med akuttsykehus, brannskadeavsnittet Helse Bergen
 - Samarbeid med andre aktører som fysioterapeut, logoped, ergoterapeut og tolketjenester.

Denne omfattende bruken av videokonsultasjon ved pasientrelaterte aktiviteter har gitt mange positive effekter:

- Bedre dialog og samarbeid
- Høyere kvalitet på tjenestene
- Økt møtedeltakelse og økt kompetanseutvikling
- Mer effektiv ressursbruk, spart reisetid/kostnader for alle parter.

- **Helse Nord HF ved UNN** (Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø) har en veletablert praksis som kalles DeVaVi²⁰ (Desentralisert vakt samarbeid ved bruk av videokonferanse). Ordningen har vært i drift siden 2011, og er en styrking av det akuttpsykiatriske tilbudet ved Senter for Psykisk Helse Sør-Troms (SPHST), Senter for Psykisk Helse Midt-Troms (SPHMT) og Senter for Psykisk Helse Ofoten (SPHO) i Avdeling Sør i Allmennpsykiatrisk klinikk. Det er etablert døgnkontinuerlig forvakt/telefonvakt som dekkes av ambulante team og telefonvakt på lokal døgnenhet, og felles bakvaksordning der overlege er tilgjengelig via mobiltelefon og videokonferanse. Overlegene kan delta i direkte pasientkonsultasjoner via videosamtaler i samarbeid med ambulante team og døgnenheter.
- **Nordlandssykehuset i Bodø** har pågående prosjekter med fastleger i omkringliggende distrikt, hvor konsultasjoner med spesialister ved sykehusets poliklinikk skal delta i konsultasjon på video med fastlege og pasient. Ved Røst Legekontor i Lofoten er det et spesifikt prosjekt gående med radiologi involvert, hvor ultralydbilder skal overføres til sykehuset. Begge prosjektene søker å gjøre tilgangen på spesialister bedre i distriktene, samt gjøre besparelser i både reisetid og utgifter.
- **Helse Nord RHF** har i samarbeid med sykehusene og kommunene i Nord-Norge utarbeidet en plan for samhandling om helsetjenester for eldre. I disse planene skisseres det spesifikt at det skal legges til rette for bruk av video: "*Fastlegene og kommunale institusjoner anbefales å anskaffe sikker videobasert kommunikasjonsløsning for trepartskonsultasjon som tilfredsstillter kravene for Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Dette for å forenkle drøfting og avklaring av innleggelse i sykehus. Frist 1 januar 2020.*"²¹

Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF utarbeider nå planer for bruk av video innad i helseforetakene.

Det foreligger i dag ingen nasjonalt omforent måte å bruke videokommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på. Som beskrevet over, er det flere ulike prosjekter og praksiser i gang, men den ujevne utbredelsen kan tyde på at utbyggingen er begrenset av at det ikke foreligger nasjonale føringer og veiledere for bruk, og at man frem til nå har vært avhengige av lokale ressurser og drivkrefter for å få slik kommunikasjon i gang.

²⁰ DeVaVi.. Universitetssykehuset Nord- Norge 2018

²¹ Høring- Helsetjenester for eldre. Helse Nord 2018

3.5 Dagens situasjon i Sverige

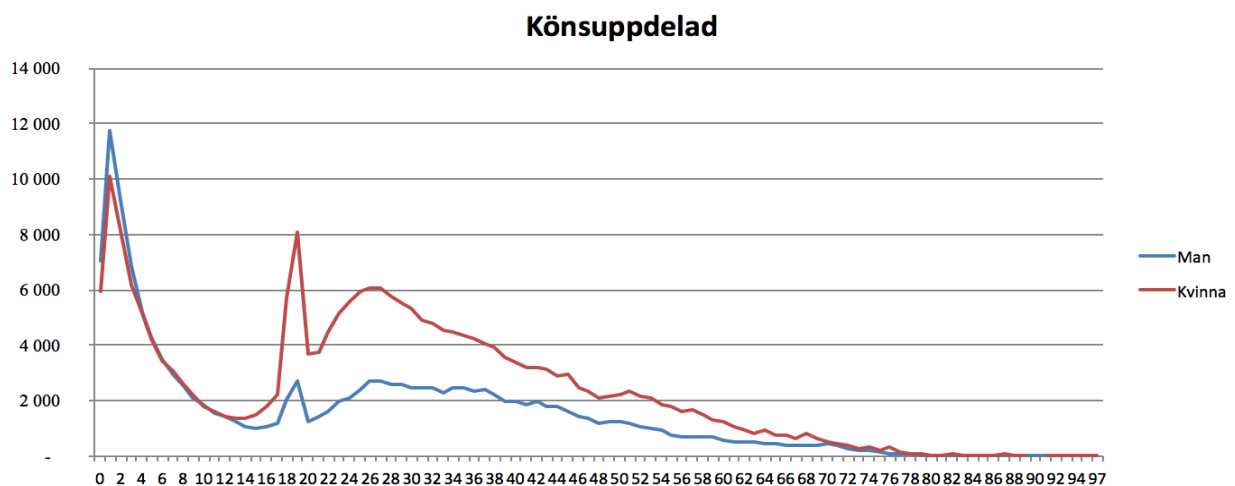
Den nasjonale visjonen for digitalisering av helsetjenesten fra 2016 slår fast at Sverige i 2025 skal være best i verden på e-helse. Sverige har visjoner om mer samarbeid og standarder som kan binde flere systemer sammen ettersom de har en styringsform der de 20 länenene (regionene) har et utpreget selvstendig ansvar.

Bruk og organisering

Socialstyrelsen har kartlagt omfanget og bruken av digitale helsetjenester, i tillegg til å fremme anbefalinger i forhold til oppfølging av kvalitet, hvilken typer konsultasjoner som egner seg, samt hva som er god bruk av digitale helsetjenester. Dette arbeidet er oppsummert i to detaljerte rapporter av 15. juni²² og 2. november 2018²³. Flere regioner har en positiv innstilling til digitale helsetjenester og er i prosess med å implementere eller har implementert ulike former for digitale helsetjenester. Tjenestene til private aktører, som KRY og Min Doktor vurderes av flere som både en inspirasjon og konkurrent som motiverer regionsmyndighetene til å implementere egne digitale løsninger.

Videokonsultasjon gir stor verdi for pasientene ift økt tilgjengelighet på legetjenester og unngå reisetid. De funn som går igjen mellom regioner er at videosamtaler er mer konsise og fokuserte, og dermed i mange tilfeller er mer effektive. Spesielt gjelder det tilfeller der pasientene på forhånd har svart på en del spørsmål før videokonsultasjonen starter.

Digitale legebesøk vokser svært raskt. I april 2018 var det om lag 38 000 digitale konsultasjoner gjennom KRY, Min Doktor og Medicoo mot om lag 14 000 i april 2017²⁴.

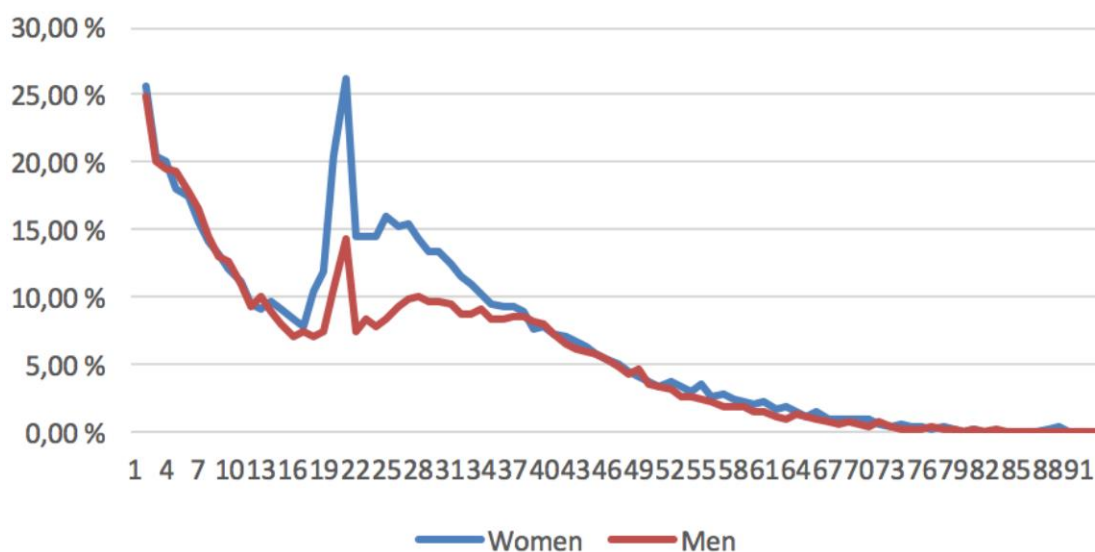


²² *Digitale vårdtjänster riktade till patienter*. Socialstyrelsen 2018

²³ *Digitale vårdtjänster- Övergripande principer för vård och behandling*. Socialstyrelsen 2018

²⁴ *Video og fastlegepraksis*. Conferere 2018

Antall digitale konsultasjoner januar-august 2018 hos vårdcentraler og andre private aktører



Andel digitale konsultasjoner for januar-august i Stockholms Län fordelt på alder og kjønn²⁵

Grafen over viser at det er flere kvinner enn menn som benytter digitale helsetjenester, dette samsvarer med fysiske konsultasjoner. Fordelingen i forhold til alder har vært stabil på at de under 19 år utgjør 39 %, mens 51 % er i alderen 20 til 49 år og 10 prosent av pasientene er over 50 år. De topper som klart peker seg ut er foreldre med syke barn, ungdom i slutten av tenårene som søker råd om bla prevensjon og sykemelding, samt unge voksne i 20-30 års alderen. Kurven faller jevnt nedover fra rundt 25 års alder. En mulighet årsak er en kombinasjon av digital kompetanse og endringsvilje til en ny tjeneste. Når digitale konsultasjoner blir mer kjent, forventes det derfor at kurven ikke vil falle like mye. Video er en tjeneste som har vokst vesentlig raskere enn tekst. Den største pasientgruppen, småbarnsforeldre, bruker nesten utelukkende videokonsultasjon fremfor tekstkonsultasjon.

Funksjonalitet

De fleste regioner har kun en EPJ-leverandør som de inngår avtale med om å tilby videotjenester fra en enkelt leverandør. Løsningene er ikke integrert med EPJ-systemene, men dette planlegges i flere regioner i tillegg til flerpartssamtaler, triage gjennom automatisk spørsmålsstilling, elektronisk faktura osv. Videoløsningene tilbys via en app til innbygger. Timer bestilles ved å ringe legekantoret. Pasienten kan logge inn i det digitale venterommet

²⁵ Video og fastlegepraksis. Conferere 2018

ved å bruke mobilt BankID for identifisering. Der kan pasient reservere time, benytte drop in-time, gjennomføre tekst- og videokonsultasjon osv.

Sikkerhet og regulering

Rapporten til Socialstyrelsen av 2. november 2018 gir noen overordnede prinsipper for utøvelse av digitale helsetjenester som skal støtte helsepersonell og bidra til gode, sikre og effektive helsetjenester. Socialstyrelsen legger ikke opp til detaljstyring av hvordan digitale helsetjenester benyttes. Det er legen sitt faglige skjønn og forståelse av situasjonen som skal være avgjørende for når og hvordan e-konsultasjoner benyttes. Føringer på nasjonalt nivå er at digitale helsetjenester skal forholde seg til de samme lover og regler som andre helsetjenester, men det foreligger forslag om overordnede prinsipper. Regionene «länstingene» kan også stille krav til legene, men regionene Dalarna, Västra Götaland, Jönköpings eller Stockholm har i liten grad beskrevet i detalj hvilke tilfeller som egner seg for digitale helsetjenester. De henviser til legen sin vurdering, erfaring, medisinske retningslinjer og forskning. Västra Götaland har noen retningslinjer som *”Vi förlänger inte pågående sjukskrivningar och skriver inte ut beroendeframkallande läkemedel eller läkemedel för kroniska sjukdomar.»*

De overordnede prinsipper som anbefales i rapport av 2. november²⁶ er:

1. *”Gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte.”*
Et eksempel på aktuell kunskapsstyring er at Nationella Strama har vurdert hvilke infeksjoner som kan håndteres gjennom digital kontakt og når resept på antibiotika skal skrives ut digitalt. Vurderingene oppdateres i forhold til utviklingen i digitale tjenester.
2. *”Den digitala tjänsten är anpassad till den enskilde patientens behov och förutsättningar att använda tjänsten.”*
Dette er viktig for pasienter med komplekse helsebehov, nedsatte fysiske eller kognitive evner. Legen må sikre at pasienten kan benytte og forstår bruken av digitale tjenester.
3. *”Vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge en god och säker vård.”*
Forutsetningene for hvilken behandling legen kan gi som en del av digital konsultasjon avhenger av hvilken kunnskap legen har om pasienten.
4. *”Nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig.”*
Hvis det er nødvendig med oppfølging er det viktig at legen selv følger opp pasienten i etterkant av en digital konsultasjon eller forsikrer seg om at andre gjør det.

Ulike aktører innen helsevesenet fremholder at digitale helsetjenester er å anse som en del av den kontinuerlige utviklingen, men fremholder at det skal baseres på kunnskap og erfaringer. Det er derfor viktig med en ordnet innføring av digitale tjenester som kvalitetssikres for å veilede både behandlere og pasienter. Det er myndigheten «Vård och omsorg» som fører tilsyn. Kravene til kvalitet er de samme som for andre helsetjenester, men regionene velger

²⁶ Digitala vårdtjänster- Övergripande principer för vård och behandling. Socialstyrelsen 2018

selv prosess for kvalitetssikring. Noen regioner har avtaler med leverandører om hvordan kvalitet skal og kan følges opp, andre regioner har det ikke. Det vurderes derfor en nasjonal oppfølging av digitale helsetjenester.

Utvikling og kritiske suksessfaktorer

Digitaliseringen av helsetjenester har gått raskt både i regionene og hos flere private aktører. Sosialstyrelsen har ikke tatt rollen med å kreve raskere utvikling av digitale offentlige helsetjenester, men promoterer bruken av digitale helsetjenester ovenfor regionene som har ansvaret for utviklingen. De fleste regionene merker konkurransen fra private aktører og er positive til å ta digitale helsetjenester i bruk.

Det er frivillig for legene å ta i bruk videokonsultasjon. Situasjonen i Sverige er at flertallet av legene ønsker å benytte video i sin praksis og det er også et ønske fra legeföreningen at alle leger skal ta i bruk video. Det har skjedd en gradvis holdningsendring der leger ser fordelene ved å benytte video, likevel er det noen leger som motsetter seg dette.

Det vises til at pasientene må etterspørre digitale tjenester hos legene for at myndighetene skal lykkes med utbredelsen av digitale konsultasjoner. Legene må også motiveres for å ta i bruk videokonsultasjon slik at de gjør nødvendige endringer i praksisen for å lykkes. Det er viktig at legene får god støtte i hele prosessen og følges opp i etterkant av implementering slik at de er komfortable med å benytte tjenesten. Legen må få opplæring for å føle seg trygg på beste praksis i bruk og alle praktiske elementer som hvordan betaling skal fungere osv.

3.6 Dagens situasjon i Danmark

Danmark ønsker å være et foregangsland på digitale tjenester i helsesektoren. Danske Regioner har en uttalt politisk ambisjon på regionalt nivå at hver tredje konsultasjon hos fastlegen skal være digital²⁷. Saksgrunnlag fra Danske Regioner viser til «*Visionen er, at hvert tredje besøg hos lægen og på hospitalsambulatoriet kan klares digitalt. Vi håber at det kan ske inden for tre år*²⁸.» Denne ambisjonen stiller alle danske regioner stiller seg bak. Ambisjonen er delvis inspirert av hvordan private aktører som KRY vurderer markedspotensialet. Danske regioner har ikke endelig besluttet hvordan og innen hvilke områder utviklingen av digitale tjenester skal implementeres. Videokonsultasjon anses likevel som et viktig element i utviklingen²⁹.

²⁷ Trygt, nært og nemt. Regionernes strategi for fremtidens sundhedsvæsen. Danske regioner 2018

²⁸ Digital tilgængelighed 24/7. Notat fra Danske regioner 2018

²⁹ Videosamtale med Danske regioner. Direktoratet for e-helse 2018

Bruk og organisering

Det er fem regioner i Danmark: Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland. Region Nordjylland har kommet lenger enn andre regioner ettersom de har hatt utfordring med for lav legedekning noe som har gjort det nødvendig å utvikle nye løsninger. Regionen opprettet flere regionale klinikker med videokonferanseutstyr, ulempen her er at pasientene må reise til regionsklinikkene for å gjennomføre videokonsultasjon med sin lege. Det er ønskelig å legge opp til at pasientene kan benytte video fra eget hjem med sin lege.

Det er god erfaring og flere pågående prosjekter med hjemmeovervåkning fra sykehus gjennom telemedisinske løsninger. Løsningene brukes f.eks. på kronikere, psykiatriske og palliative pasienter. Hos fastlegene er dette lite utprøvd og flere er skeptiske ettersom de mener at videokonsultasjon kan medføre merarbeid. Legene er også bekymret for å få unyttige henvendelser fra pasienter og de ønsker selv vurdere hvordan de vil benytte seg av digitale tjenester. Et krav ovenfor legene om å ta i bruk videokonsultasjon vurderes ikke nå.

Funksjonalitet

Journalsystemene fra de 8-9 leverandørene på det danske markedet er ikke integrert med videotjenester. Danmark vil ha et økosystem av mange løsninger som integreres, og forventer at moderne standarder og teknologi gjør dette enklere. Det legges opp til én digital inngang til det offentlige helsevesenet gjennom portalen «Sundhed.dk» for både pasient, pårørende, lege og annet helsepersonell. App-en »Min Sundhed» skal gi tilgang til legen digitalt, gi oversikt og mer kontroll over egne timeavtaler, samt få kunnskap om egen helse og sykdom.

Hejdoctor.dk leverer flere av de samme tjenestene som KRY og tilbyr videoløsning gjennom en «app». Denne løsningen har regionen anskaffet for utprøving i fastlegemarkedet. Løsningen vil gi brukeren mulighet, uavhengig av lokasjon, til å ha videokonsultasjoner, inkludert bilde/vedlegg, med sin lege gjennom Sundhed.dk. Det er bygget et felles serversted for håndtering av data i tilknytning til app-en. I dag finnes det en app for «medicinkortet» som brukere kan benytte f.eks. til å ha oversikt på resepter og til reseptfornyelse.

Sikkerhet og regulering

De har ingen forskrift for allmennlegene, alt avtales i samtaler med legeföreningen og via en avtalebasert skriftlig overenskomst som er gjenstand for jevnlig forhandlinger. Har avtale med legene at de skal tilby tekstbaserte konsultasjon med tre dagers svarfrist. Det er også inngått en avtale med legene i Region Syddanmark om å tilby videokonsultasjoner.

Det legges opp til gjeldende sikkerhetskrav til videoutstyr og kryptert videolink.

I forhold til kvalitetssikring så benyttes det et kvalitetssystem der leger kan organisere seg i kvalitetsklynger. Dette er en motivasjon til å arbeide med kvalitetsutvikling.

Utvikling og kritiske suksessfaktorer

Danske regioner er i startfasen av å implementere nye digitale tjenester. Det er også ønskelig med flerpartiløsning mellom ulike helseaktører og andre samarbeidspartnere som kommunen. Det ble ikke oppnådd enighet med legeföreningen om takst. Legene ønsker at fysiske- og videokonsultasjoner skal likestilles.

For å implementere digitale tjenester er det blant annet satt av midler som kan brukes til å styrke den digitale kompetansen hos fastlegene og støttepersonalet til fastlegene (sykepleiere

osv). Det er planlagt å sikre nødvendig kompetanseheving gjennom å inkludere dette i utdannelsen til legene. Det vil også utvikles e-læringskurs og e-læringsplattform for å øke kompetansen på digitale tjenester hos både helsepersonell og brukere/innbyggere.

Som en viktig suksessfaktor så fremhever Danske regioner at leverandørene har et felles samarbeidsforum og at de samhandler i brukerforum med legeföreningen om hvilke funksjoner som leverandørene skal prioritere å utvikle i sine systemer. Dette legger grunnlaget for godt samarbeid på tvers og trygghet for at leverandørene prioriterer utvikling av funksjoner som er viktig for fastlegene. Regionene har lite direkte kontakt med leverandørene, men inngår avtaler med legene som så etterspør funksjonalitet fra leverandørene.

3.7 Dagens situasjon i England

Erfaringer fra studietur og besök i ulike virksomheter i England, viste at det er utfordringer i England på grunn av måten National Health Service (NHS) anskaffer og leverer helsetjenester på. Organisering av helsetilbudet skiller seg fra Norge ved at de har en bestiller-leverandørmodell. "CCGs – Care Commissioning Groups" kjøper helsetjenester i en region. "Provider GP Collaborations" leverer løsninger i en viss tidsperiode, f.eks. tre år.

Bruk og organisering

Tilskudd og finansieringsordninger har skapt mulighetsrom for endring. NHS har definert en rekke prioriterte endringsområder og laget målrettede tilskuddsordninger for å støtte transformasjon, som tilskudd for å finansiere overgang til mer avstandsoppfølging og investeringer i IT-løsninger hos fastlegene.

Virksomhetene hadde liten eller ingen erfaring med to-veis asynkron tekstlig dialog og ikke gode løsninger for dette. Oftest kom pasienthenvendelser per telefon til legekantor eller skjema og lege som ringte opp pasienten for en tele- eller videokonsultasjon. De brukte noe tekst-beskjeder for å sende en-veis beskjed fra lege til pasient. I en av virksomhetene Babylon Health, kunne de sende beskjeder per mail eller i pasient-app tilbake til pasienten.

Funksjonalitet

Det er fire EPJ-leverandører og integrasjon mot andre løsninger/systemer har ikke vært tilstrekkelig prioritert. Manglende integrasjon gjør det utfordrende å bruke teknologi fra andre leverandører og få gode løsninger for klinikere.

Sikkerhet og regulering

Det kan virke som det ikke settes inn samme sikkerhetstiltak i løsninger som brukes for dialog og pasientkontakt, som det gjøres i Norge. Det utveksles f.eks. sensitiv helseinformasjon på epost eller tekstbeskjeder. Dette er ikke anbefalt i Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

Utvikling og kritiske suksessfaktorer

Opplæring og dynamisk tilpasning av løsninger til behov er viktig. Det var en betydelig utfordring å få alle praksisene til å ta i bruk e-konsultasjon. Suksessfaktorer var at:

- fastlegene kunne bidra til å påpeke behov og løse praktiske utfordringer.
- løpende oppfølging med kontinuerlige besøk til hver fastlegepraksis.
- opplæring av behandlere og administrativt personale.
- mulighet for raskt å tilpasse IT løsningene etter behov.
-

3.8 Annen internasjonal erfaring

Det er en begrenset mengde styringsdokumenter for digitale helsetjenester på nasjonalt nivå i land som Sverige, Danmark, Finland, England og USA. Norge har til forskjell fra øvrige land valgt å begrense e-konsultasjoner til allerede kjente sykdomstilstander, samt å fraråde sykmelding og resept på avhengighetsskapende medikament³⁰. Både Norge, Sverige og Danmark har e-resepter, kjernejournal, elektronisk utveksling av henvisninger og epikriser og meget høy utbredelse av elektronisk pasientjournal (EPJ). Det er forskjeller på detaljert nivå, og det er dette nivået som avgjør brukeropplevelsen for legene.

Styrende dokumentasjon i USA gjelder fremfor alt krav som gjelder uansett hvilke symptomer som pasienter ønsker vurdert. Det legges derfor et tydelig ansvar på både leger og annet helsepersonell at digitale helsetjenester vurderes ut fra situasjonen og behov. Det er flere aktører med erfaring på digitale helse, bla Kayser Permanente som har lang erfaring med e-konsultasjoner, telemedisin og chat.³¹

I Australia er det utviklet retningslinjer for å hjelpe bla allmennleger med å ta i bruk videokonsultasjon f.eks. av The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)³² innen kvalitet og sikkerhet. De bygger på standardene³³ som er utviklet for å hjelpe allmennlegene med å håndtere kvalitet og sikkerhet ved video-konsultasjoner både med pasienter og med kolleger.

³⁰ *Digitale vårdtjänster- Övergripande principer för vård och behandling*. Socialstyrelsen 2018

³¹ *Kaiser Permanente Colorado*. Mobi health news 2018

³² *Implementation guidelines for video consultations in general practice*. RACGP 2018

³³ *Standards for general practices offering video consultations*. The Royal Australian College of General Practitioners 2011.

4 ØNSKET SITUASJON

4.1 Overordnet mål

Innbygger skal ha mulighet til å involveres i prosesser og beslutninger om egen helse

Digitalisering kan gi brukerne oversikt over og innflytelse på egen behandling. Innbyggernes økte bruk av teknologi legger grunnlaget for en mer selvstendig pasient- og brukerrolle. Enkle og sikre digitale tjenester skal bedre kontakten med helse- og omsorgstjenesten og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Mulighet for digital dialog, delta i utforming av eget tjenestetilbud, tilgang til egne helseopplysninger er viktig for å gi innbyggerne en enklere hverdag og mulighet til reell medvirkning.

Forbedre og modernisere fastlegeordningen, digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste

Digitalisering gir muligheter for å avhjelpe presset på fastlegeordningen, møte brukernes forventninger, håndtere befolkningsutviklingen ved å skape pasientens netthelsetjeneste, gjøre fastlegene er tilgjengelige på digitale flater og benytter digitale verktøy der det er hensiktsmessig.

4.2 Aktørenes behov

Behov hos innbyggerne

I takt med samfunnets økende digitalisering, har det vært ønskelig fra både helsemyndigheter, fastleger og innbyggere at pasientenes netthelsetjenester optimaliseres, jfr. rapporten fra Helsedirektoratet i 2014³⁴. Rapporten viser til behov for systemer som ivaretar slike tjenester og erfaringer med allerede eksisterende tjenester. Det er rimelig å anta at behovet er vedvarende grunnet en økende grad av helsebevisste og datakyndige brukerne. Rapporten fra 2014 viste at dette gjelder alle brukere, med ulike behov og på tvers av sosiale forskjeller. Flere i samfunnet bruker tilgjengelige digitale tjenester i privat og offentlig regi.

I workshop 16. oktober 2018 ble det presisert at digitale tjenester må tilpasses behovene til behandler og innbygger, blant annet ved at løsningene er brukervennlige og tilgjengelige.

³⁴ Digital dialog mellom pasient og fastlege: nåsituasjon. Delleveranse med gevinstrealisering. Helsedirektoratet 2013

Inntrykket fra samtaler med både leger, markedsaktører, pasientrepresentanter og i undersøkelsen til Forbrukerrådet, viser at det er ønskelig fra et brukerperspektiv å ha tilgang på flere digitale tjenester. 75 % av befolkningen er helt eller delvis enig i at det er en forbedring at fastlegekontoret deres stadig tilbyr flere digitale tjenester³⁵. Den største fordelene ved digitale tjenester, er effektivitet, tilrettelagt kommunikasjon og konsultasjon.

Det er behov for at digital tjenester i størst mulig grad er universelt utformet. Det må derfor legges til rette for å kombinere e-konsultasjoner med tiltak for brukere med særskilte behov, f.eks. tolk, egnet språk, blindeskrift og hjelp av assistent ved behov.

Av befolkningen er det 10 % som oppgir at de har fastlege i dag, men ønsker å bytte³⁶. Det vurderes derfor å være et behov at faselegekontorene har utfyllende og oppdatert informasjon om kontoret og legene som er tilknyttet, f.eks. i forhold til universell utforming. Ettersom svært få fastlegekontor har praktisk informasjon utover kontaktinformasjon og adresse, anses dette å være et forbedringsområde som fastlegene bør ta hensyn til.

For å lykkes med å etablere pasientens netthelsetjenester, er det nødvendig å ta hensyn til brukerbehovene hos både innbyggerne og helsetjenesteyterne. Helsedir sin rapport fra 2014 ser på hvordan digitale tjenester hos fastlegen oppleves. Innbyggerne ønsket digitale tjenester hos fastlegen og tilfredsheten blant dem som hadde benyttet slike tjenester var høy. Det var også rapportert en viss underbruk av tilgjengelige tjenester, noe som kan tyde på at det er behov for å kommunisere tjenestene enda bedre til innbyggerne, samt kontinuerlig jobbe for å kunne tilby brukervennlige løsninger og øke tilgjengeligheten.

Behov hos fastlege-tjenesten

Effektive, moderne og tilpassede digitale arbeidskanaler kan, hvis de brukes på en hensiktsmessig måte, avhjelpe en presset arbeidshverdag hos fastlegene. Det er fremkommet tydelige signaler fra fastleger, Legeforeningen og andre fagfora, at fastlegenes arbeidshverdag er travel og arbeidstiden for lang.

Her vises til Helsedir sin tidsbruksanalyse³⁷ og en egen initiert analyse blant landets fastleger utført av "Trønderopprøret"³⁸. Begge kildene hevder at fastlegenes arbeidsoppgaver er for mange og for tidkrevende, og at dagens fastleger ikke makter å få unna alt pålagt arbeid.

Da fastlegekontorene ble spurt om hvor de ser størst potensial for økt digitalisering svarte 90 % at formidling av praktiske opplysninger til pasienter er et område som i høy eller noen grad kan forbedres. 87 % mente at samhandling med andre enheter i høy eller noen grad er et område som kan forbedres, mens 82 % mente at det i høy eller noen grad er potensiale for å

³⁵ *Digital modenhet ved norske fastlegekontor*. Forbrukerrådet 2018

³⁶ *Digital modenhet ved norske fastlegekontor*. Forbrukerrådet 2018

³⁷ *Fastlegers tidsbruk*. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2018

³⁸ *Trønderoppgjøret*. Fastlegeordningen 2.0. 2018

øke bruken av digitale tjenester³⁹. Det er fra fastlegenes perspektiv rimelig å tenke at effektive, moderne og tilpassede digitale arbeidskanaler kan avhjelpe en presset arbeidshverdag-

Behovene fastlegene har, kan punktvis beskrives slik:

Medisinskfaglige behov

- Trygge digitale arbeidskanaler som legger godt til rette for bruk i praksisen
- Gode rammer og tekniske løsninger som er brukervennlige for både lege og pasient
- God støtte og veiledning for å avhjelpe bekymring rundt oppstart med digital dialog.

Øke tilgjengelighet

- Gjøre helsetjenester mer tilgjengelige, f.eks. for innbyggere som av ulike årsaker ikke lett kan møte til fysisk undersøkelse hos lege
- Redusere risikoen for smittespredning ved at pasienter med akutt infeksjonssykdom som trenger sykemelding eller legeattest kan vurderes gjennom videokonsultasjon.

Forsvarlig ressursbruk

- Sluse pasienter inn til riktig behandling og riktig ressursbruk
- Effektivisere arbeidsflyten til fastlegene
- Styrt utvikling av e-konsultasjoner for å realisere gevinster for aktørene og samfunnet
- Redusere utgifter og tapte arbeidsinntekter forbundet med legebesøk.

Ulovlig egenbetaling/gebyrer

- Sikre gode og praktiske betalingsløsninger uten fordyrende elementer.

Behov hos legevakten

Det er behov for i større grad å benytte e-konsultasjon i legevakt grunnet nytten som spesielt videokonsultasjoner kan gi. En forutsetning for dette er at stønadsforskriften blir tilpasset slik at taksten vil gjelde for helsepersonell i legevakt. Det er også behov for å vurdere om det kan bli en egen takst for sykepleiere på samme måte som i piloten for primærhelseteam. Det er videre behov for en oppdatering av akuttmedisinforskriften i forhold til bruk av elektronisk utstyr ved videokonsultasjon.

Utredningen viser at e-konsultasjoner kan brukes i legevakt på en trygg og forsvarlig måte, men at det på grunn av honorarbegrensningene ikke blir bokført på regningskort som e-konsultasjon. Dette er igjen et eksempel på at det ikke er samsvar mellom gjeldende praksis

³⁹ Digital modenhet ved norske fastlegekontor. Forbrukerrådet 2018

og regelverk. Det viser at det er behov for at myndighetene sørger for relevante tilpasninger, som oppleves som meningsfulle for involverte tjenesteaktører.

Behov hos spesialisthelsetjenesten

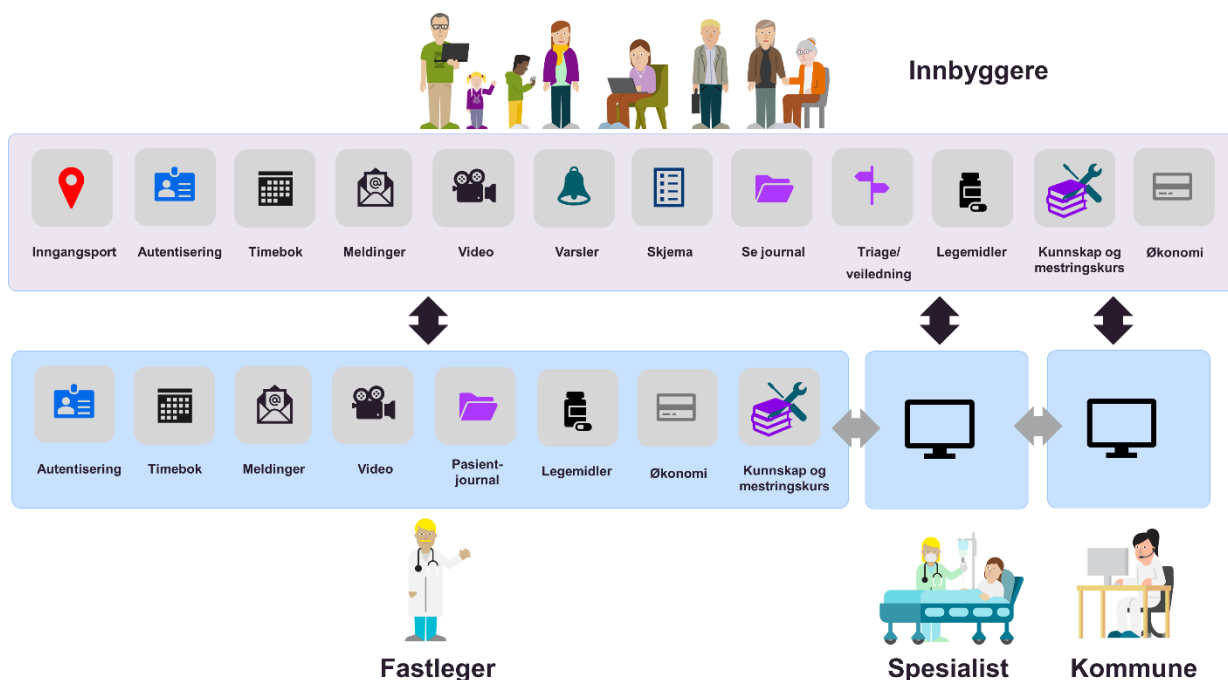
Spesialisthelsetjenesten har behov for enklere samarbeid og utveksling av informasjon med fastlegen og andre aktører. E-konsultasjon kan her være nyttig i forhold til f.eks. samarbeidsmøter med kommunen om innleggelse og utskrivning av pasienter, samarbeid med akuttsykehus og legevakt, og samarbeid med andre aktører som logoped, ergoterapeut og tolketjenester. Flerparts e-konsultasjoner med pasient og kollega, med kolleger om pasienter, mellom spesialisthelsetjenesten og andre aktører, kan bidra til å bedre samarbeid og dialog. Dette kan bidra til høyere kvalitet på tjenesten, økt møtedeltakelse og økt kompetanseutvikling. I tillegg kan det også føre til mer effektiv ressursbruk f.eks. gjennom spart reisetid/kostnader for alle parter.

4.3 Funksjonelle behov

Funksjonell ramme

Det overordnede målbildet for digitale innbyggertjenester i helsesektoren er at innbyggere skal ha tilgang til et bredt spekter av digitale helsetjenester gjennom Pasientens netthelsetjeneste⁴⁰. Innbyggere skal møte disse tjenestene på ett sted og oppleve at de hører sammen. Ikke bare av hensyn til en god brukeropplevelse, men også for at det skal være mulig å koble tjenester sammen på en måte som er tilpasset situasjonen til innbygger. E-konsultasjon hos fastlege må ses på som tjenester som inngår i en slik større sammenheng.

⁴⁰ *Pasientens netthelsetjeneste*. Regjeringen 2018



Figur 4.3.1 Pasientens netthelsetjeneste innebærer flere innbyggertjenester samlet på ett sted

Helsenorge er en viktig brikke i det overordnede målbildet for digitale innbyggertjenester. Innholdet på den nasjonale nettportalen leveres av private og offentlige aktører i helsesektoren basert på felles standarder og tjenestene er tilrettelagt for innbyggerne. Helsenorge inneholder både egenutviklede tjenester og kobling til eksterne tjenester.

Det overordnede målbildet for digitale innbyggertjenester viser verdien av å koble sammen ulike netthelsetjenester. I denne konteksten vil Helsenorge kunne være et naturlig sted for å tilby e-konsultasjon til innbyggerne. Det vil kreve at leverandørene av systemer til fastlegene på disse tjenestene kan lage integrasjon mot Helsenorge.

Funksjonelt behov

For å kunne effektivisere fastlegeordningen og møte innbyggernes forventninger er det behov for å digitalisere en større del av tjenestene i ordningen. E-konsultasjon kan være et godt virkemiddel for å oppnå dette. Da må være mulig for fastlegene å tilby e-konsultasjon som sikre og effektive helsetjenester uten at:

- Innbyggerne må snakke med legekantoret i forkant
- Legekantoret må gjøre administrativt arbeid i forkant
- Innbyggerne må være tilgjengelig i legekantorets åpningstid
- Innbyggerne må møte opp fysisk på legekantoret.

Det må også være mulig å knytte til seg tolk, spesialist og andre aktører fra helse-, omsorgs- og velferdstjenestene i den digitale konsultasjonen når det er hensiktsmessig. Fastlegen må basert på sine medisinskfaglige vurderinger, avgjøre når det er forsvarlig å tilby tjenestene digitalt da det er fastlegen som er ansvarlig for tjenestene.

En slik digitalisering betyr at tidspunkt for konsultasjon og konsultasjonsform (tekst-konsultasjon, videokonsultasjon eller fysisk konsultasjon) må kunne avtales digitalt uten bruk av ressurser på legekantoret (nettbasert timebestilling). I tillegg må konsultasjoner kunne tilbys som asynkrone tjenester gjennom spørsmål og svar (tekstkonsultasjon) og som

synkroner tjenester gjennom digitale konsultasjoner (videokonsultasjon) og fysiske konsultasjoner. Fastlege og pasient må kunne trekke inn andre parter i videokonsultasjonen.

Eksempler på mulig funksjonalitet

Dybdeintervju med fastleger og samtaler med leverandører og brukere har avdekket noen mulige behov for tjenestene. Disse er gjengitt for hver tjeneste i tabellene under for å gi en beskrivelse av mulig innhold i tjenestene. I tillegg er det avdekket noen generiske behov som vil kunne gjelde for alle de tre tjenestene. Disse er:

- Tjeneste må være tilgjengelig for innbyggerne på Helsenorge.
- Det må være én pålogging for alle tjenester gjennom single sign on-teknologi (SSO).
- Det bør være en veiledning for å lede pasient til riktig tjeneste som også omfatter oppslagsverk (selvhjelp), mestringsøvelser og andre helseressurser.
- Fastlegen må kunne vurdere hvilke pasienter som kan benytte videokonsultasjon, basert på pasientens digitale modenhet og pasientens sykdom/tilstand.
- Tolk og pårørende må ha sikker pålogging basert på journalført fullmakt e.l.

Nettbasert timebestilling

Funksjonalitet	Part
Integrasjon mot timebok (master)	Lege
AI/ledetekst for å gi riktig helsetilbud	Pasient
AI/ledetekst for å forberede lege	Pasient
Se ledige timer	Pasient
Se drop in-perioder	Pasient
Bestille time	Pasient
Velge konsultasjonsform	Pasient
Avbestille/endre time	Pasient
Overstyre valgt konsultasjon	Lege
Påminnelse om time	Pasient

Tekstkonsultasjon

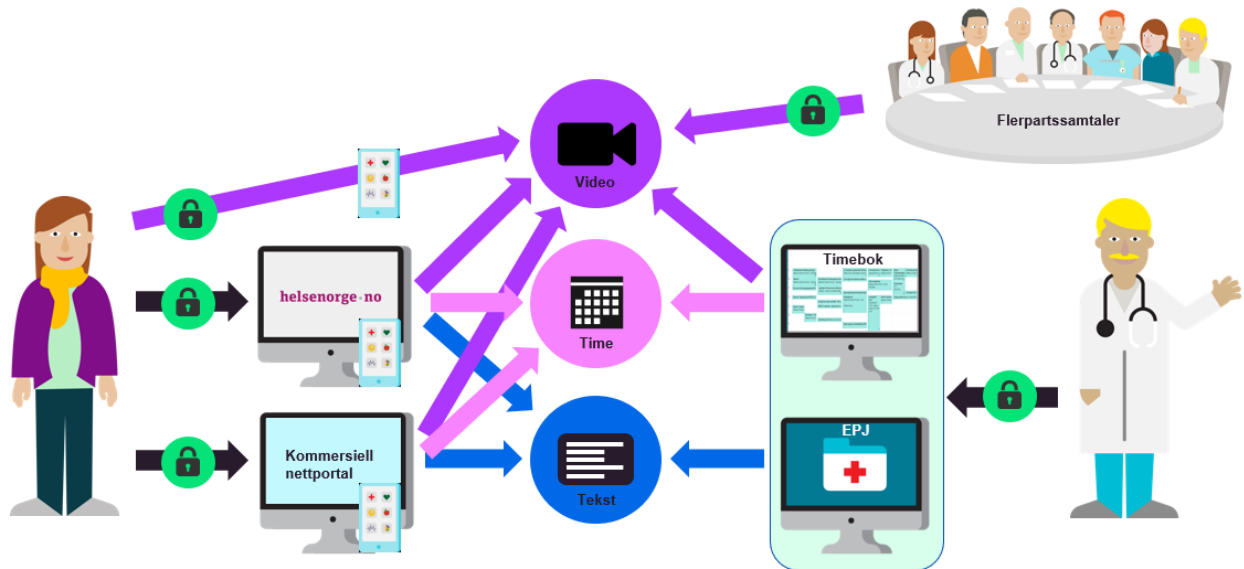
Funksjonalitet	Part
Integrasjon mot EPJ for journalføring	Lege
Integrert betalingsløsning	Pasient
Mulighet for å sende vedlegg	Begge
Varsel om innkomne konsultasjoner (spørsmål)	Lege
Varsel om innkomne svar	Pasient
Mulighet for å kansellere betaling ved feil konsultasjonsform	Lege

Videokonsultasjon

Funksjonalitet	Part
Integrasjon mot timebok for oppstart fra timebok	Lege
Integrasjon mot EPJ for journalføring	Lege
Mulighet for pålogging til drop in-timer	Pasient
Selvtesting av kamera, mikrofon og nettverk	Pasient
Venterom	Pasient
Mulighet for å varsle ved forsinkelse eller kansellering	Begge
Mulighet for å tidsforskyve timer ved forsinkelse	Lege
Mulighet for å etterlyse pasient pr. telefon	Lege
Løpende opplysning om kønummer ved drop in-timer	Pasient
Chat	Begge
Snu kamera for smarttelefon/nettbrett	Pasient
Mulighet for skjermdeling	Lege
Flerpartssamtaler (tolk, pårørende, spesialist, NAV, etc.)	Lege
Mulighet for å styre deltakelse ved flerpartssamtaler	Lege
Mulighet for å se alle deltakere ved flerpartssamtaler	Alle
Mulighet for å lagre videosamtale	Begge
Mulighet for å spille av lagret videosamtale	Begge
Mulighet for å bruke konsultasjonsdata for analyseformål	System
Integrert betalingsløsning	Pasient
Mulighet for å kansellere betaling ved feil konsultasjonsform	Lege

Funksjonelt målilde

Figuren under viser et funksjonelt målilde for hvordan de tre digitale tjenestene nettbasert timebestilling, tekstkonsultasjon og videokonsultasjon kan nås av innbyggeren (t.v.) og leveres av fastlegen (t.h.).



<Figurtekst: Bruk av nettbasert timebestilling, tekstkonsultasjon og videokonsultasjon>

Målbildet viser at:

- Innbygger kan gjennomføre timebestilling, tekstkonsultasjon og videokonsultasjon på Helsenorge. I tillegg kan legen velge å benytte private nettportaler.
- Timebestilling viser ledige timer og drop in-perioder og tillater valg av konsultasjonsform (videokonsultasjon eller fysiske timer).
- Innbygger kan gjennomføres videokonsultasjon som timeavtale eller drop in fra datamaskin, nettbrett og smarttelefon.
- Videokonsultasjon kan startes direkte fra lenke i tillegg til fra Helsenorge.

For å realisere potensialet i digitale helsetjenester er det viktig at innbyggerne kan ledes til gode valg. Dette vil kreve bruk av skjema/triage i nettportalen (ikke inntegnet i målbildet).

4.4 Tekniske behov og løsninger

Det er gjort en gjennomgang av funksjonelle behov for e-konsultasjon og av hvilke løsninger som finnes i markedet i dag og hvilke løsninger som gjenstår å realisere før et eventuelt krav til at fastleger skal tilby e-konsultasjon kan innføres.

Gjennomgangen viser at det ikke er behov for å realisere funksjonelle løsninger innenfor tekstkonsultasjon ettersom denne tjenesten allerede er tilgjengelig for EPJ-leverandøren på Helsenorge gjennom DDFL. Denne tjenesten støttes også av private nettportaler levert av EPJ-leverandørene.

For videokonsultasjon er situasjonen annerledes ettersom dette er en ny tjeneste og det er redegjort for behovene til denne tjenesten i dette kapitelet.

Hva finnes i dag og hva må realiseres?

Nedenfor gis det en oppsummering av hva som finnes på markedet i dag og hvilke løsningskomponenter som bør realiseres før krav om e-konsultasjon kan innføres. For de aller fleste oppgitte behov er det etablerte løsningskomponenter som kan tas i bruk.

En forenklet skisse av løsning for e-konsultasjon er vist i figuren under.



Figur: Komponenter for håndtering av e-konsultasjon

Komponentene i en slik løsning er beskrevet i tabellen under.

Komponent	Rolle
Nettportal	Inngang for innbygger til nettbasert timebestilling, gjennomføring av tekstkonsultasjon og mulighet for oppstart av videokonsultasjon.
Videoklient	Klient for gjennomføring av videokonsultasjon, levert som webapplikasjon eller app. Konsultasjon kan startes direkte fra videoklient eller fra nettportal.
Journal	Elektronisk pasientjournal. Benyttes av lege til journalføring.
Timebok	Master for legens avtaler, både fysiske og virtuelle. Integret med nettportal slik at innbygger kan se, bestille, endre og avbestille timer.
Videoløsning	Leverer minimum video- og venteromsfunksjonalitet som gjør at legen kan gjennomføre videokonsultasjoner med innbygger. Flere leverandører tilbyr også mer funksjonalitet i løsningen slik at nettportalfunksjonalitet er tilgjengelig fra videoløsning.

De fleste løsninger i bruk av fastleger i dag har journal og timebok i ett felles system. Det er likevel mulig å kjøre dette som to separate komponenter og de er derfor angitt separat.

Videoløsning, timebok og journal er tilgjengelig fra det private leverandørmarkedet. Nettportal leveres av Helsenorge og fra det private leverandørmarkedet. Helsenorge er den felles nasjonale plattformen for innbyggertjenester som sektoren samarbeider om å utvikle, på tvers av områder, tjenestenivåer, helseregioner og kommuner. En nettportal fra det private leverandørmarkedet vil typisk være knyttet til en spesifikk leverandør av journal eller video, og vil i mindre grad levere sammenhengende innbyggertjenester.

Hvilken funksjonalitet som leveres av hvilken komponent avhenger av valg av videoløsning og hvor mye funksjonalitet denne kan levere. Nettportal bør som minimum ha et sett med basisfunksjonalitet, slik at det er mulig å velge ulike videoløsninger.

Basisfunksjonalitet som ikke allerede er tilgjengelig er knyttet til følgende hovedområder:

1. Tilgang for markedsaktørers løsning på Helsenorge.
2. Integrasjon mellom timebok og videoløsning.
3. Integrasjon mellom nettportal og videoklient.
4. Etablering av brotjeneste.
5. Triage og veiledning.

Disse områdene beskrives kortfattet i avsnittene under.

Tilgang for markedsaktørers løsning på Helsenorge

E-helse har allerede implementert grensesnitt som benyttes til integrasjon mellom fastlegens timebok og DDFL-tjenestene som ligger på Helsenorge. Dette gir innbygger mulighet til å se ledige timer i tillegg til å bestille og avbestille timer hos fastlegen. Det er også implementert funksjonalitet for tekstkonsultasjon som benyttes av fastleger i dag.

I forbindelse med innføring av videokonsultasjon er det behov for at E-helse utvider grensesnittet som er utviklet for DDFL slik at det ivaretar behovet for videokonsultasjoner. Grensesnittet legger til rette for å motta lenke til videokonsultasjon fra fastlegens timebok.

I timebok som i dag har støtte for DDFL vil dette ikke gi store endringer. Eksempel på endring vil være nye timetyper for videokonsultasjon som beskriver om det er en avtalt time eller en drop in-time i tillegg til mulighet til å sende innbygger lenke til videotime. Dette må implementeres av den enkelte EPJ-leverandør.

Integrasjon timebok og videoløsning

Løsninger i bruk i dag benytter timebok og videoløsning som frittstående løsninger. For å støtte god arbeidsflyt hos fastlegen og samtidig ivareta krav til medisinsk faglig forsvarlighet bør informasjon i timebok være integrert med videoløsning. Dette krever at leverandører av videoløsninger har realisert grensesnitt for slik integrasjon, og at EPJ-leverandørene utvikler støtte for å benytte slike grensesnitt. Det vil gi oversikt over alle konsultasjonene i timeboken, og ikke bare de med fysisk oppmøte. Det virtuelle venterommet i videoløsningen krever basisinformasjon om avtalene for å fungere hensiktsmessig. Denne informasjonen eies og forvaltes i timebok.

Integrasjon nettportal og videoklient

For å støtte god brukeropplevelse for innbygger kreves det en løsning som sikrer at innbygger sømløst kan gå fra nettportal til videosamtale. En slik sømløs overgang må etableres ved single sign on-teknologi (SSO). Dette betyr at en innbygger som starter en videokonsultasjon med fastlegen på nettportalen ikke må logge på mer enn én gang, selv om videotjenesten er en separat løsning. Nettportalen og videoløsningen må tilby tjenester som støtter en slik sømløs overgang. Dette krever at det utvikles et grensesnitt på Helsenorge, og at video-løsningene implementerer bruk av dette grensesnittet.

Etablering av brotjeneste

Videokonsultasjon finner sted på videosystemet som fastlegen har valgt og som gir fastlegen mulighet til å styre hvem som skal delta i samtalen. Systemene er ikke tilrettelagt for parter som benytter andre videoløsninger og enkelte systemer har begrensninger i antall parter som kan delta. Dersom det er behov for å trekke inn flere parter i konsultasjonen, som f.eks. spesialist, sykepleier, fysioterapeut, tolk, døvetjeneste eller NAV, må disse benytte samme videoløsning som fastlegen. For å muliggjøre at flere ulike systemer kan kobles sammen og tilrettelegge for flerpartsamtaler er det behov for etablere en brotjeneste. En brotjeneste fører videosignaler fra de ulike partene inn til en sentral enhet (bro) hvor signalene oversettes til alle parter. En slik tjeneste kan anskaffes og tilbys av en nasjonal tjenesteleverandør.

Triage og veiledning

Triage og veiledning bør følge nasjonale retningslinjer og bør kunne veilede innbygger til å velge om digitale ressurser kan være et alternativ. I noen tilfeller kan det være at innbygger tenker at det er hensiktsmessig med videokonsultasjon, men ved veiledning ser at andre digitale ressurser som selvhjelp og mestringsressurser kan være en bedre løsning. Helsenorge bør derfor realisere denne funksjonaliteten slik at innbygger får en enhetlig brukeropplevelse og helsetilbud henger sammen på tvers av ulike tilbydere. Veiledning, og eventuelt triage senere, kan realiseres etter at krav om innføring av e-konsultasjon er innført.

Krav til nettverkskapasitet

Som beskrevet i kapittel 0 er nettverkskapasitet for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner hos innbygger og fastlege tilgjengelig. Det vil kunne være behov for å oppgradere nettverksløsningen eller øke nettverkskapasiteten på enkelte legekantor for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner med tilstrekkelig videokvalitet.

Personvern og informasjonssikkerhet

Det vil være behov for å sikre innebygd personvern og ivaretagelse av krav til informasjonssikkerhet i det videre arbeidet med løsninger for e-konsultasjon. Det er en forutsetning for alle system at de kan ivareta innbyggers/pasientens rettigheter.

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Dette vil også gjelde bruk av digitale tjenester i stedet for fysisk oppmøte på legekantor. Når innbygger aksepterer bruksvilkår for digitale helsetjenester på Helsenorge, må innbygger samtidig gi "fullt samtykke" til eventuelt å bruke digital kanal med sin fastlege som et alternativ eller supplement til fysisk oppmøte der fastlegen anser det som hensiktsmessig og forsvarlig. Ivaretagelse av innbyggers samtykke, administrasjon og gjennomføring av dette må også sikres i eventuelle nye løsninger som ikke formidles gjennom Helsenorge.

Det rettslige grunnlaget for helsepersonellens behandling av helseopplysninger ved e-konsultasjon er det samme som når helsehjelp ytes på andre måter, dvs. helsepersonelloven⁴¹ kapittel 8 og pasientjournalloven⁴². Dersom flere aktører deltar i f.eks. en videokonsultasjon, vil de deltakende aktørene ha dokumentasjonsplikt i tråd med det de ville hatt ved deltakelse i et fysisk samarbeidsmøte.

For e-konsultasjon reguleres i dag aktørbildet og ansvarsforhold av bruksvilkår som det enkelte fastlegekontor inngår med E-helse. Fastlegen er dataansvarlig for journalpliktig informasjon som nedtegnes i forbindelse med e-konsultasjonen. E-helse er dataansvarlig for overføringen av opplysningene til Helsenorger og lagringen av innbyggers kopi. Aktører, ansvarsforhold og konkret organisering av oppgavene må gås opp i nye løsninger.

Det er videre viktig å ha høy bevissthet om risiko og behovet for sikring av opplysningene ved utforming av de nye løsningene. De skisserte konseptene skal baseres på kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenestene⁴³ og faktaark 54 om videokonsultasjon⁴⁴.

4.5 Potensial for utbredelse og bruk

I dette kapitlet er det gjort en vurdering av kvantitative måleparametre og potensial for utbredelse og bruk av e-konsultasjon hos fastlege. Gitt dagens lave utbredelse og bruk er naturligvis grunnlaget for vurdering av potensial begrenset. Det vil av samme grunn være behov for å gjøre nye vurderinger etter hvert som utredelsen og erfaringsgrunnlaget øker.

Det er ikke gjort et tilsvarende detaljert forsøk på å vurdere potensial for legevakt og spesialisthelsetjeneste ettersom erfaringsgrunnlaget for bruk av tekst- og videokonsultasjon er mindre. Det er behov for mer kartlegging av de organisatoriske og administrative forholdene før en slik vurdering kan foretas.

Måleparametre for utbredelse og bruk

For å få god styring med utviklingen for utbredelse og bruk av e-konsultasjon foreslås følgende to måleparametre:

- Utbredelse målt i andel fastleger som tilbyr e-konsultasjon både som tekst- og videokonsultasjon. Data for utbredelse kan innhentes basert på månedlig rapportering fra E-helse Monitor hos E-helse.

⁴¹ Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven). Lovdata 2001

⁴² Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). Lovdata 2014

⁴³ Bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse 2018

⁴⁴ Faktaark 54 om videokonsultasjon. Direktoratet for e-helse 2017

- Bruk målt i andel e-konsultasjoner av totalt antall konsultasjoner. Data for bruk kan innhentes basert på månedlig rapportering fra KUHR hos Helsedir. Det er ønskelig å få fordelingen per konsultasjonsform innenfor e-konsultasjon, altså for tekst- og videokonsultasjon isolert, men det vil forandre en endring av stønadsforskriften. Dersom ikke det lar seg gjøre, må e-konsultasjon måles under ett.

Utbredelse og bruk i dag

Gjennom utredningen er det identifisert et tyvetalls fastleger som aktivt bruker videokonsultasjon og sju av dem har deltatt i dybdeintervju om e-konsultasjon i regi av utredningen. Bare to av disse fastlegene har brukt videokonsultasjon i mer enn ett år. De fleste av dem valgte å først prøve ut konsultasjonsformen i liten skala. Erfaringene har vært gode og fastlegene utvider stadig omfanget både ved å tilby videokonsultasjon til flere pasienter og ved å tilby videokonsultasjon ved flere sykdommer og tilstander. Fastlegene som deltok i dybdeintervjuene har i dag følgende gjennomsnittlige fordeling per konsultasjonsform:

- Tekstkonsultasjon 8 % (minimum 0 %, median 4 % og maksimum 38 %)
- Videokonsultasjon 5 % (minimum 1 %, median 2 % og maksimum 12 %)
- Fysiske konsultasjoner 87 % (minimum 60 %, median 91 % og maksimum 98 %)

Forventning til bruk ved optimale vilkår

Fastlegene som deltok i dybdeintervjuene ble også spurt om hvordan de tror deres fordeling kommer til å bli når vilkårene for e-konsultasjon er optimale med tanke på organisering av arbeidstiden, verktøystøtte og digital modenhet hos listeinnbygger og fastlege.

Respondentene tror på følgende fordeling (seks av syv fastleger responderte):

- Tekstkonsultasjon 16 % (minimum 5 %, median 10 % og maksimum 45 %)
- Videokonsultasjon 13 % (minimum 5 %, median 13 % og maksimum 30 %)
- Fysiske konsultasjoner 71 % (minimum 50 %, median 78 % og maksimum 80 %)

Forventet utbredelse og bruk

Basert på erfaring fra dybdeintervju med fastleger, informasjon fra private aktører og myndighetene i Sverige og Danmark detaljert under kapittel 3 er det grunn til å forvente følgende nivå for utbredelse og bruk av e-konsultasjon i Norge hvis 100 % av landets fastleger tilbyr e-konsultasjon til sine listeinnbyggerer på Helsenorge.

Bruk målt i andel e-konsultasjoner av totalt antall konsultasjoner:

- Tekstkonsultasjon 10-15 % (10 % er mest sannsynlig og benyttes i beregningene)
- Videokonsultasjon 15-20 % (20 % er mest sannsynlig og benyttes i beregningene)
- Fysiske konsultasjoner 70 %

Det er knyttet en betydelig usikkerhet til potensialet for e-konsultasjon og utviklingen må følges nøye i tiden som kommer.

5 PROBLEMBESKRIVELSE

Utfordringen ved eventuelt å innføre krav til at fastlegene skal ha tilbud om e-konsultasjon er ikke teknologien. Den foreligger i stor grad i dag. Utfordringen er i stedet å få implementert teknologien og tatt den i bruk. I utredningen er det derfor lagt vekt på å avdekke mulige hindre for implementering og ibruktakelse, årsak til disse hindrene og tiltak for å redusere og eliminere disse hindrene. I det følgende er de vesentligste hindrene beskrevet som problemområder.

5.1 Begrepsdannelse

Det er behov for et tydelig begrepsapparat for å kunne øke kunnskap, etablere gode tjenester og samarbeide godt innenfor fagområdet e-konsultasjon. Arbeidet med denne utredningen har avdekket svært ulik begrepsbruk og -forståelse hos de ulike aktørene i helsesektoren, og det fører til misforståelser og feilbruk av tjenester innenfor fagområdet. Det er viktig at begrepsapparatet som er etablert, bearbeides videre og innarbeides i normerende og regulerende dokumenter.

5.2 utfordringer – Fastlegetjenesten

Fastlegenes arbeidsbelastning

Fastlegenes samlede arbeidsbelastning har økt jevnt de siste årene. Tidsbruksundersøkelse fra Helsedir januar 2018⁴⁵ fastslår at arbeidstiden for fastlegene i gjennomsnitt er 56 timer per uke og at over 80 % av fastlegene arbeider mer enn det arbeidsmiljølovens bestemmelse om arbeidstid tillater. Økningen i arbeidstid har kommet til tross for at gjennomsnittlig listestørrelse per fastlege er redusert. Det betyr altså at gjennomsnittlig arbeidstid per listeinnbygger har økt. I juni 2018 publiserte Statistisk sentralbyrå⁴⁶ tall som viser at antall konsultasjoner hos fastlege i 2017 var 1,8 % høyere enn året før. I perioden 2010 til 2016 økte antall pasienter og antall konsultasjoner hos fastlege med henholdsvis 9 og 11 %. Dette er noe mer enn befolkningsveksten i samme periode (8,2 %), og det indikerer både at flere innbygger benytter fastlegeordningen og at pasientene oppsøker fastlegen oftere enn før.

Den høye arbeidsbelastningen utgjør en risiko både for fastlegenes helse og for innbyggernes helsetilbud, og den gjør rekruttering til fastlegeordningen vanskelig. Både Legeforeningen⁴⁷

⁴⁵ *Fastlegers tidsbruk*. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2018.

⁴⁶ *Allmennlegetjenesten*. Statistisk sentralbyrå 2018

⁴⁷ Legeforeningen 2017. Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner.

og det såkalte Trønderopprøret⁴⁸ har presentert materiale som viser at ordningens kapasitet er utfordret.

Gitt den høye arbeidsbelastningen hos fastlegene, er det naturlig å tenke at det vil være en skepsis hos fastlegene til å ta i bruk ny teknologi som e-konsultasjon innebærer. Slik vil det trolig være, selv om teknologien på sikt vil kunne bidra til å avhjelpe problemet med høy arbeidsbelastning. Årsaken til det er at det å ta i bruk ny teknologi på kort sikt, vil kreve en ekstraordinær innsats og at fastlegene på grunn av arbeidsbelastningen ikke opplever at de har tid til en slik ekstraordinær innsats.

Organisering av arbeidshverdagen

For å lykkes med implementering av e-konsultasjon må fastlegene organisere arbeidsdagen og arbeidsplassen slik at teknologien kan tas i bruk effektivt. Den tradisjonelle oppbyggingen av en fastlegepraksis med avsatt tid for timeavtaler og med mulighet for drop in og telefontid på siden må revideres. Det bør settes av egne perioder til timeavtaler for videokonsultasjon, til drop in-timer for videokonsultasjon og til besvarelse av tekstkonsultasjoner. Ved strukturert og riktig implementering kan digitale arbeidsformer lette arbeidet for fastlegen. Det er en avgjørende forutsetning for å få ned den totale arbeidsbelastningen for fastlegene at bruk av e-konsultasjon er mer tidseffektiv enn fysisk konsultasjon og at e-konsultasjon erstatter fysiske konsultasjoner og ikke kommer i tillegg til dem.

Vridningseffekter ved takstfastsettelse

Stønadsforskriften, som regulerer fastlegenes takster, er en viktig premissgiver for hvordan helsetjenestene i fastlegeordningen utøves. Takstene i forskriften fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten og Den norske legeförening. For å gi forutsigbare rammer for fastlegene legges det normalt til grunn et langsiktig perspektiv for disse forhandlingene. Men partene kan også bli enige takster for å oppnå ønskede effekter raskt. Det at takstene fastsettes for ett år av gangen gjør at incitamentene kan justeres årlig inntil ønskede effekter oppnås. Dette vil kunne være spesielt nyttig ved introduksjon av nye tjenester, som f.eks. videokonsultasjon, der det er uvisst i hvilken grad fastlegene vil tilby de nye tjenestene. Men selv om takst vil kunne være et kraftfullt virkemiddel for å endre adferd, er det viktig å være klar over at takstfastsettelsen også kan gi utilsiktede effekter, såkalte vridningseffekter, og at adferden til fastlegen ikke påvirkes av takstene alene. Faglig integritet og ønske om å hjelpe flest mulig pasienter oppleves gjerne som viktigere, så takstenes kraft må ikke overvurderes.

I dag godtgjøres fastlegene likt for tekst- og videokonsultasjon på tross av at disse to konsultasjonsformene har svært ulik karakter. Tekstkonsultasjoner må besvares innen fem virkedager, men de kan besvares uten kontakt med pasienten i sanntid og det gir fastlegen stor fleksibilitet. Konsultasjonsformen kan også svært tidseffektiv, da mange tekstkonsultasjoner

⁴⁸ Trønderoppjøret. Fastlegeordningen 2.0. 2018

kan besvares sammenhengende uten avbrytelser eller ventetid, og da hver enkelt konsultasjon kan gjennomføres uten samspill med pasienten og uten de avhengigheter til pasientens adferd og respons som det gir. Dette gir som en vridningseffekt at tekstkonsultasjon foretrekkes frem for videokonsultasjon.

Videokonsultasjon og fysisk konsultasjon har mange fellestrekk i form og taksten for de to konsultasjonsformene er tilnærmet identisk, men i dag tillates det ikke at e-konsultasjon kan kombineres med andre takster slik det tillates for fysisk konsultasjon. Dette gir som en vridningseffekt at fysisk konsultasjon foretrekkes frem for videokonsultasjon.

Et annet forhold er at e-konsultasjon ikke er tillatt brukt for ukjent pasient eller for ukjent tilstand eller sykdom. Begge disse vilkårene utelukker videokonsultasjon som konsultasjonsform ved legevakt og det siste vilkåret utelukker også mange situasjoner og sykdommer hos fastlege som det ville vært hensiktsmessig å håndtere i en videokonsultasjon.

En annet problemområde i dagens takstsystem er den uklare grensen mellom e-konsultasjon og e-kontakt. De to begrepene er forklart i kapittel 2.3. Tilbakemelding fra fastlegene, som deltok i dybdeintervju i forbindelse med utredningen, er at det er vanskelig både for dem og for pasientene deres å forstå skillet mellom de to tjenestene. Innbyggerne velger gjerne e-kontakt fordi denne tjenesten ikke utløser egenandel. Denne tjenesten gir også fastlegen en lavere takstutbetaling.

Det er også et problem at fastlegen ikke får takst ved bruk av videokonsultasjon i kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. Dette motiverer ikke til økt samarbeid og økt bruk av effektive kommunikasjonskanaler mellom de ulike tjenesteyterne i helsesektoren.

Dette er bare noen av de skjevhetene knyttet til takst for videokonsultasjon som bør rettes opp for å øke bruken av denne konsultasjonsformen.

Overforbruk av legetjenester

Et av målene med fastlegeordningen er at fastlegen skal være befolkningens hovedinngang til helsetjenestene. Fastlegen har her en portvaktfunksjon ved at fastlegen i sin rolle skal undersøke, behandle og henvise videre når det er nødvendig. Dette skal sikre at det ikke brukes unødvendige ressurser i spesialisthelsetjenesten, men også sørge for at de med størst behov prioriteres. Både forskerne som så på Oslo legevakt og Legeforeningens rapport om fastlegen som helsetjenestens portner fra 2017⁴⁹, understreker at god tilgjengelighet er en forutsetning for denne funksjonen.

Fastlegene har i likhet med andre helsearbeidere et samfunnsøkonomisk ansvar for å sikre at pasienter kommer til riktig behandlingssted og får riktig behandling. Samtidig skal de sikre at ressursene i helsetilbudet blir brukt på en god og hensiktsmessig måte. I den internasjonale Choosing wisely-kampanjen, som Legeforeningen har frontet i Norge gjennom sin kampanje

⁴⁹ Legeforeningen 2017. Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner.

Gjør kloke valg⁵⁰, fremheves det at økt tilgang ikke alltid er bedre fordi det kan lede til overdiagnostikk og overbehandling. Fastlegen må derfor på selvstendig grunnlag avgjøre hva som er hensiktsmessig og medisinskfaglig forsvarlig form for behandling, herunder også konsultasjonsform.

Ved økt digitalisering av tjenestene vil det være et problem at fastlegens portvaktfunksjon svekkes ved at innbyggerne kan bestille og igangsette konsultasjoner uten inn gripen med fastlegen eller fastlegens administrasjon. Det blir derfor viktig at tjenestene innen e-konsultasjon kombineres med funksjonalitet for triage for å sikre at innbyggerne tilbys helsetjenester på riktig nivå.

For å se om tjenestene brukes riktig blir det viktig å monitorere:

- Om pasienter lettere vil søke legehjelp med økt tilgang, og vil det igjen føre til økt belastning på fastlegene og helsetjenestene
- Om helsetjenestene blir for lett tilgjengelig, og dermed fører til sykeliggjøring både for pasienter og system
- Om det blir større utfordringer for fastlegeordningen ved å fjerne portvaktfunksjonen på legekantoret og la pasientene selv prioritere seg inn til konsultasjon gjennom tekstkonsultasjon og timebestilling på nett.

Fare for ulikt helsetilbud til innbyggerne

Det er en fare for at e-konsultasjon blir et tilbud kun for ressurssterke innbyggere som både behersker digitale plattformer og har tilgang til nødvendig teknisk utstyr. Det er også en fare for at deres bruk av helsetjenester vil kunne gå på bekostning av andre og svakere pasientgrupper, og således kunne fortrenge behandling av pasienter som har et større behov. For å unngå slik ulikhet, må de tekniske og økonomiske barrierene reduseres ved å lage og tilby enkle og rimelige løsninger uten særskilte krav til utstyr på innbyggerensiden. Det må også gis god opplæring i bruk av e-konsultasjon til alle aktuelle brukergrupper, slik at størst mulig andel av innbyggerne kan gjøres i stand til å bruke disse tjenestene og dermed får et reelt tjenestetilbud.

Samtidig vil også en slik ulikhet, som nevnt over, kunne være svaret på et problem fordi en slik vridning vil kunne gi mer tid for ressursvake innbyggere til fysiske konsultasjoner hos fastlegen ved at de ressurssterke klarer seg med kortere konsultasjoner på digital form (tekst- eller videokonsultasjon). Dette forutsetter at e-konsultasjonene kommer i stedet for fysiske konsultasjoner og ikke i tillegg til dem.

Det er en utfordring at både innbyggerne og fastlegene opplever de digitale helsetjenestene og verktøyene som skal understøtte tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige. Det gir dårlig arbeidsflyt for fastlegen og dårlige brukeropplevelser for innbyggerne. Totalt sett gir dette lite

⁵⁰ Gjør kloke valg. Legeforeningen 2018.

effektive helsetjenester. Det blir viktig for dannelsen av helhetlige forløp for begge parter at når de nye tjenestene skal etableres at det samles på ett sted og at de integreres tett med andre analoge og digitale tjenester.

Imøtekomme innbyggernes forventninger

Det er åpenbart at publikums forventning til digitalisering er høyere enn det fastlegeordningen hittil har kunnet tilby. Dette har også fremkommet i dialog med de ulike pasient- og brukergrupper i utredningsarbeidet^{51, 52}. Disse gruppene er positive til bruk av digitale helsetjenester og uttrykker klare forventninger til at utviklingen skal gå raskere.

Opplæring og veiledning i digital klinisk kommunikasjon

Fastlegene ønsker opplæring i digital kommunikasjon med pasienter^{53, 54}. I grunn- og spesialistutdanningen lærer legene mye om klinisk kommunikasjon med pasientene for bruk i fysiske konsultasjoner på legekantoret og sykebesøk, men ikke noe om kommunikasjon med pasientene på digitale plattformer. Bruk av tjenestene innenfor e-konsultasjon begrenses i dag av mangel på nasjonale føringer for bruk. Vurdering av faglig forsvarlighet og juridiske rammer for tekst- og videokonsultasjon som konsultasjonsform er mangelfullt beskrevet, og mange leger er bekymret for at det skal oppstå feilsituasjoner i forbindelse med utprøving av form og nivå på disse helsetjenestene. Det er viktig å være klar over at leger og andre autoriserte helsetilbydere ved lov og forskrift er forpliktet til å forholde seg til gjeldene regelverk og nasjonale retningslinjer, og at praksis som ikke er beskrevet dermed vil fremstå som ikke i henhold til lov og forskrift.

Informasjonskanaler

Det er i dag krevende å nå ut med informasjon til fastlegene om nasjonale retningslinjer, strategier og løsninger fordi Helsedir og E-helse ikke har en direkte informasjons-kanal til dem eller til legekantorene der de er ansatt. I dag må Helsedir og E-helse benytte samme kanaler som pasientene for å få kontakt med fastlegene. Dette er naturligvis en svært tidkrevende måte å arbeide på, og det er vanskelig å nå ut raskt og samtidig være sikker på at man når ut til alle fastleger på denne måten. I forbindelse med innføring og oppfølging av nasjonale løsninger vil det være behov for utstrakt to-veis kommunikasjon, og til dette formålet er ikke de pasientrettede kanalene egnet. Mangel på effektive kanaler gjør det også

⁵¹ Leverandør- og brukerkonferanse 22. august 2018. Direktoratet for e-helse.

⁵² *Workshop 16. oktober 2018 på Gardermoen*. Helsedirektoratet 2018

⁵³ *Dybdeintervju gjennomført med fastleger høsten 2018*. Direktoratet for e-helse 2018

⁵⁴ *Workshop 16.oktober 2018 på Gardermoen*. Helsedirektoratet 2018

vanskelig for fastlegene å komme i kontakt med Helsedir og E-helse når de har behov for råd, støtte og veiledning.

Situasjonen er vesentlig bedre for kommunikasjon med systemleverandørene. Her er det slik at E-helse, som en del av sin godkjenningsprosess for produkter på Helsenorge, for hver enkelt leverandør har etablert en web-basert arbeidsflate for kommunikasjon, kravspesifikasjon, datautveksling og testing. På denne arbeidsflaten har alle leverandører, som ønsker godkjenning for sine produkter, forpliktet seg til å vedlikeholde sin egen kontaktinformasjon. Denne kommunikasjonskanalen brukes aktivt begge veier for å informere om endringer, oppgraderinger, drift og vedlikehold, også etter at produktene er godkjent på Helsenorge. Det vil trolig kunne være behov for å formalisere denne kanalen og samtidig gjøre den kjent for alle relevante funksjoner i Helsedir og E-helse.

Kunnskap om bruk og utbredelse

Det er i dag lite kunnskap om bruk og utbredelse av tekst og video som konsultasjonsform. I stønadsforskriften er disse to konsultasjonsformene samlet i én felles takst for e-konsultasjon (Takst 2ae E-konsultasjon hos fastlege). Det er derfor ikke mulig å si hvor mange tekstkonsultasjoner og videokonsultasjoner som gjennomføres. Inntil 2017 var det nesten utelukkende tekstkonsultasjoner som ble gjennomført, men fra og med 2018 er det indikasjoner på at flere og flere fastleger tilbyr videokonsultasjon.

Prioritering og forankring av strategi og utvikling

Fastlegeordningen mangler i dag en dedikert arena for prioritering og forankring av strategi- og utviklingsarbeid som kan ivareta interessene for pasient, fastlege, legekantor, stat (HOD, FHI, Helsedir, E-helse, etc.), kommune (KS), leverandørmarked (EPJ-leverandører og leverandører av frittstående løsninger for video, selvhjelp, etc.) og samhandlingsaktørene innen helse (spesialisthelsetjenesten, hjemmehjelpstjenesten, primærhelseteam, etc.), velferd (NAV) og arbeid (arbeidsgiver). Arenaen EPJ-løftet, som har til formål å bidra til en mer effektiv og målrettet utvikling av EPJ-systemene i markedet, dekker noe av dette behovet. EPJ-løftet skal ikke ha som mål å fullfinansiere ny funksjonalitet, men skal gi insentiver som stimulerer til at brukerbehov blir fanget opp, strukturert, prioritert og ivaretatt i den kontinuerlige utviklingen av EPJ-systemene. Fastlegeordningen vil ha behov for prioritering og forankring på mange spørsmål utover finansiering og utvikling fra EPJ-systemene.

Sammensatt IKT-portefølje

Legekantorene er ofte små virksomheter med få ansatte og med en komplisert og sammensatt IKT-portefølje av maskin- og programvare. Fastlegene opplever det som krevende å håndtere forvaltning, drift og vedlikehold av alle verktøyene som brukes for å understøtte

virksomheten. Det er også en bekymring hos fastlegene for pasientsikkerhet knyttet til å ta i bruk enda mer teknologi i virksomheten⁵⁵.

Marked og byttekostnad for fastlegene

Lave byttekostnader er en av forutsetningene for et velfungerende marked. I dag opplever fastlegene at verktøyene de har valgt ikke understøtter all funksjonalitet de trenger i sin praksis herunder tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og tjenestene på Helsenorge. Samtidig opplever de at det er vanskelig å orientere seg i EPJ-markedet og finne frem til sikre løsninger som gir god arbeidsflyt og støtte for ønsket funksjonalitet. Terskel for å bytte system, kjent som byttekostnad, oppleves som høy som følge av manglende IT-kompetanse, usikkerhet rundt kostnader og ressursbruk, og bekymring for pasientsikkerhet, omdømme og mulig produksjonstap⁵⁶. De store byttekostnadene gjør at fastlegene i liten grad velger å bytte system og det blir dermed lite bevegelse i markedet.

Marked for EPJ-leverandørene og erfaring med utvikling

I dag er det i hovedsak tre leverandører som leverer EPJ-systemer til fastlegemarkedet. Dette er Infodoc, CGM, Hove/PasientSky (PasientSky har kjøpt opp Hove). I tillegg er det en rekke utfordrere som nå henvender seg mot markedet (Aspit, Pridok, Fürst, Dips, Epic, etc.). Markedet er begrenset til om lag 4 700 fastleger og det antas at fastlegenes betalingsvilje er relativt lav og stabil.

Det etablerte leverandørene i markedet bruker store ressurser på å modernisere sine systemer og utfordrerne bruker store ressurser på å etablere systemer og få disse godkjent på Helsenorge. Viktige drivere er bruk av ny teknologi som f.eks. skyløsninger og åpne strukturer som OpenEHR og FHIR.

Med tanke på antall utfordrere og de store behovene for innovasjon i markedet, er det grunn til å tro at det vil bli hard konkurranse mellom leverandørene de kommende årene og at det vil lede til oppkjøp og konsolidering for å oppnå et bærekraftig marked.

Erfaring fra E-helse viser at det er krevende å få EPJ- og timebok-leverandørene til å implementere og integrere ny funksjonalitet i henhold til nasjonale strategier. Når funksjonaliteten er gjort tilgjengelig, er det også krevende å få fastlegene til å ta den i bruk og dermed utvide og forbedre tjenestetilbudet rettet mot innbyggerne. Innføringen av de nasjonale løsningene for E-resept, Kjernejournal og Digital dialog med fastlege (DDFL) er eksempler på dette. Både E-resept og Kjernejournal krevde omfattende, lokal innsats rettet direkte mot legekantorene over mange år fra E-helse før alle fastlegene tok i bruk løsningene. I forbindelse med innføring av DDLF ble innsatsen rettet mot EPJ- og timebok-leverandørene og til tross for omfattende, teknisk tilrettelegging over flere år fra E-helse og til tross for

⁵⁵ Workshop 16.oktober 2018 på Gardermoen. Helsedirektoratet 2018

⁵⁶ Dybdeintervju gjennomført med fastleger høsten 2018. Direktoratet for e-helse 2018

anskaffelser gjennom EPJ-løftet, har ikke alle leverandørene klart å tilby system til fastlegene for å støtte disse innbyggertjenestene. Per i dag er kun systemene fra to av de tre mest utbredte leverandørene fullt tilrettelagt for DDFL-tjenestene. Videre er det i dag kun én tredjedel av fastlegene som tilbyr DDFL-tjenestene, og da er det ikke slik at nødvendigvis slik at alle DDFL-tjenester blir tatt i bruk jfr. kapittel 0.

EPJ-leverandørenes finansieringsmodeller

Flere av EPJ- og timebokleverandørene har de siste årene utvidet sitt inntektsgrunnlag ved å selge annonseplass på nettportaler og kreve egenandel i sine betalingsløsninger. Slike forretningsmodeller vil ikke være forenelige med ønske om tilpasning av løsningene for bruk på Helsenorge, og det er trolig en av hovedårsakene til at bredding av de nasjonale løsningene har tatt så lang tid. Rent juridisk vil trolig også egenandelene som inngår i disse modellene være i strid med egenandelsforskriften.

En spørreundersøkelse gjort blant EPJ-leverandørene tyder imidlertid på at de fleste leverandører ønsker Helsenorge som nettportal for innbyggerne [Leverandørundersøkelse]. Spesielt de nye, skybaserte leverandørene, som utfordrer markedet, ønsker åpne strukturer og én felles plattform for innbyggerne.

EPJ-leverandørenes forhold til Nasjonal kommunal løsning

En mulig ny bekymring for leverandørene vil kunne være introduksjon av Nasjonal kommunal løsning (NKV). Det er trolig uklart for de fleste leverandørene hva NKV vil kunne bety for dem og deres strategier og videre satsning. Etablering av Helseplattformen i Helse Midt RHF vil gi en indikasjon på hvordan den nye hverdagen for EPJ-leverandørene vil kunne bli.

5.3 utfordringer – Legevakten

I forbindelse med legevaktpiloten vil Helsedir anbefale at deltagerne er tilsluttet Norsk Helsenett for bruk av video (f.eks. via mobiltelefon eller dedikerte videoløsninger) for å sikre beslutningsstøtte og gode og trygge pasientforløp. Operatørplass for lege i nødnett må også være tilgjengelig.

En av de største utfordringene i legevaktpiloten er takst- og egenandelsproblematikk knyttet til legevakt-satellittene. Her skal det opprettes kontorer med installasjon av kommunikasjonsløsninger med video hvor det er sykepleier eller ambulansesarbeider som er utførende helsepersonell koblet opp mot legen i legevaktsentralen. I pilot primærhelseteam er det laget en forsøksforskrift hvor det er etablert egne takster for enkelte av de oppgavene sykepleier kan utføre i primærhelseteam. Hverken sykepleier eller ambulansespersonell er omfattet av folketrygdloven.

I unntaksforskriften for honorering av sykepleiere i piloten for primærhelseteam, er det etablert takster som er direkte knyttet til pasientgruppene som primærhelseteamet er opprettet for. Det ikke automatisk gitt at de samme takstene kan benyttes i en legevaktsituasjon. Sykepleier i primærhelseteam utfører ikke selvstendig medisinsk arbeid. Det vil være på samme måte i legevaktpiloten hvor sykepleier på satellitt utfører medisinsk arbeid i samarbeid og under veiledning fra lege i legevakt. Det er noen utfordringer ved å etablere flere unntaksforskrifter, spesielt i forhold til bruk av ressurser til oppdateringer. En løsning kan være at en unntaksforskrift for legevaktpiloten ikke trenger oppdateringer i pilotprosjekt-

perioden på 3 år. Det kan legges vekt på å få dette på plass som en første mulighet i piloten, for at man på grunnlag av disse erfaringene kan vurdere honorering på legevakt.

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege har per i dag klare føringer på hvilke pasientkategorier som kvalifiserer til bruk av e-konsultasjonstakstene. I merknad B9 til stønadsforskriften⁵⁷ som omhandler e-konsultasjoner hos fastlege er det klare begrensninger i forhold til bruk av takster på legevakt idet det kun er fastleger med behandlingsansvar for pasienten, som kan benytte seg av denne taksten og bare ved etablert sykdom/lidelse. Det er mange som kan hevde ut fra gjeldende kunnskapsgrunnlag, at det er like sikkert å bruke tekstkonsultasjon eller videokonsultasjon også i legevakt slik tenkningen har vært i den kommende legevaktpiloten. Dersom e-konsultasjon skal tas i bruk på legevakt må gjeldende stønadsforskrift endres, slik at takstene også kan brukes i legevakt. Videre bør det samtidig gjøres en vurdering om sykepleier i satellittene også kan få tilgang til enkelte av de takstene som er etablert i unntaksforskriften slik som sykepleierne som er med i pilot primærhelseteam.

Dersom det åpnes opp for at sykepleier skal finansieres over folketrygden i en pilotperiode, må det også vurderes hvordan egenandelsspørsmålet skal håndteres. Skal pasienten betale egenandel hos sykepleier på satellitten, kan legevaktslegen som konsulteres ikke samtidig avkreve pasienten egenandel. Hovedregelen er at pasienten kun skal betale én egenandel. Helsedir har i tilsvarende problemstillinger uttalt at pasienten skal betale egenandelen til det helsepersonellet som har foretatt behandlingen. Dersom egenandelen skal avkreves av legevaktslegen, må det vurderes om sykepleiers arbeid kan honoreres med full refusjon eller om dennes arbeid skal finansieres på annen måte enn via folketrygdloven kapittel 5 sitt regelverk. I modellen for primærhelseteam finansieres sykepleiers lønn 50 % tilskudd og 50 % bruk av takster.

5.4 utfordringer – spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet er bruken av video i samarbeid med spesialisthelsetjenesten foreløpig begrenset. Enkelte foretak har tatt digital dialog inn i sin praksis, og det foregår ulike enkeltstående prosjekter hvor teknologien prøves ut.

Det foreligger ikke felles nasjonale føringer på hvordan utbygging av digital kommunikasjon skal foregå, og dette er en utfordring for omfang og tempo for utbyggingen av tilbudet. Hvis forholdene legges til rette for slik dialog mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, vil behandlingssporet være enklere å velge. Sannsynligvis vil både et større behov og potensiale enn det vi ser i dag utkrystallisere seg. Noen av dagens utfordringer som begrenser bruk av digital dialog er:

- Manglende regulering av slik aktivitet i stønadsforskriften for fastleger.
- Ujevn teknologisk utbygging på både fastlegekontor og i sykehus.

⁵⁷ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Lovdata 2018

- Manglende faglige føringer fra helsemyndighetene.
- Tynt kunnskapsgrunnlag om slik bruk.

6 TILTAK

I dette kapitlet er mulige tiltak beskrevet. Noen av tiltakene er tatt med i konseptene og anbefalingene, andre er lagt til delkapittel «Veien videre», mens enkelte ikke funnet å være hensiktsmessige grunnet konkurransemessige, markedsmessige eller praktiske forhold.

6.1 Organisatoriske tiltak

Det er flere organisatoriske tiltak som kan gjøres for å kunne innføre e-konsultasjon.

Gevinstrealisering

For å kunne vurdere nærmere hvilke gevinster som realiseres ved bruk av e-konsultasjon bør det etableres et gevinstrealiseringsprogram for et utvalg fastlegevirksomheter. I programmet vil bruk og effekt av de tre tjenestene måles, herunder sette realistiske mål, tildele ansvar for å nå disse målene, gjøre nullpunktmåling og regelmessige målinger for å følge utvikling.

Noen av målingene kan gjøres basert på faktisk bruk av tjenestene, og noen bør være av mer kvalitativ karakter innenfor fastlegens og pasientenes opplevelse av tjenestene. Faktisk bruk av tjenestene kan måles på flere nivå, som antall systemer som er godkjent for bruk for de nasjonale løsningene på Helsenorge, antall legekantor og fastleger som har valgt å koble seg opp mot de godkjente løsningene, antall fastleger som tilbyr de ulike tjenestene innenfor løsningene. Disse dataene bør kunne hentes ut fra brukerstatstikk på Helsenorge.

I tillegg kan antall konsultasjoner som gjennomføres måles gjennom rapportering av takstbruk KPR/KUHR. Disse tallene kan også si noe om alder og kjønn for pasientene som har oppsøkt konsultasjonene. Brukeropplevelser kan måles av Monitor-miljøet i E-helse. I tillegg gjennomfører SKIL en rekke undersøkelser (observasjonsstudier, dybdeintervjuer og spørreundersøkelser) som kan tilpasses behov for måling på disse områdene.

Informasjonskanal

Etablere en informasjonskanal mellom myndighetene og fastlegene for å nå ut med informasjon om nasjonale løsninger og tjenester, og for å kunne innhente systematisk informasjon om fastlegenes arbeidssituasjon.

Kanalen kan bestå av:

- Plattform for deling av informasjon nevnt over, en slags «HelsenorgePro» for helsepersonell og systemleverandører for å gjøre dem gode. Her kan retningslinjer, faglige oppdateringer, beste praksis fra Helsedir, E-helse og KS deles.
- Direkte kommunikasjonslinje mellom myndighetene og fastleger.
- Kontaktdetaljer til fastleger eller kommuner i de tilfeller det er relevant.

I praksis kan det være vanskelig å etablere en slik informasjonskanal grunnet at aktørene er selvstendig næringsdrivende. Det er allerede etablert en tilsvarende kanal mellom E-helse og leverandørene som er knyttet til Helsenorge.

Kommunikasjonsarbeid

Det bør etableres en kommunikasjonsplan og gjennomføres nødvendige kommunikasjonsaktiviteter:

- Informere om gjeldende normer til systemleverandører og helsepersonell.
- Dele brukerhistorier og beste praksis.
- Markedsføre tjenestene mot helsepersonell og innbyggere.

Brukerforum

Det kan vurderes å legge til rette på økt grad av utveksling av informasjon og erfaringer mellom fastleger og leverandører på regionalt og nasjonalt nivå ved bruk av ulike egnede forum. Danmark har gode erfaringer fra dette, for å sikre og god forventningsstyring og utvikling av funksjonalitet i tjenester og løsninger fra leverandørmarkedet.

Helsefaglig kvalitetsarbeid

Det er dokumentert få brukererfaringer internasjonalt vedrørende videokonsultasjon og det er svært få funn i Norge relatert til fastlegepraksis. En viktig årsak er at videokonsultasjon er en forholdsvis ny tjeneste og svært få fastleger har tatt dette i bruk i Norge. Det anbefales at arbeidet med å dokumentere brukererfaring fra fastleger som benytter både tekstkonsultasjon og spesielt videokonsultasjon videreføres for å etablere en styrket forståelse av bruk og utvikling innen e-konsultasjon.

Dette vil støtte legene i deres kvalitetsarbeid. Legene kan benytte statistikk fra e-konsultasjoner for å kunne kvalitetssikre utskrivelse av f.eks. vanedannende medisiner, antibiotika, sykemeldinger, henvisninger etc.

Det vil være naturlig at Norsk senter for e-helseforskning (NSE) som har forskningskompetanse og har utført en del av kunnskapsinnhenting knyttet til e-konsultasjon følger opp utviklingen av kunnskapsgrunlaget videre.

Noen sentrale problemstillinger som har framkommet gjennom kunnskapsinnhenting og som bør følges videre i et utviklingsarbeid kan være hvordan e-konsultasjon påvirker:

- Arbeidshverdagen til legen og annet helsepersonell.
- Legens portvokterfunksjon.
- Prioriteringer mellom ulike pasientgrupper og om det skapes sosial ulikhet.

Opplæring og veiledning

Helsemyndighetene bør identifisere hvem som har sørge-for-ansvar for opplæring og veiledning i digital klinisk kommunikasjon. Det bør satses på opplæring av veiledere. Erfaringer kan hentes fra psykologenes opplæring og veiledning i klinisk digital kommunikasjon. Kompetanse i digital dialog er inkludert i læringsmålene for alle de medisinske spesialitetene.

De Regionale utdanningssettene er ansvarlige for læringsaktiviteter i spesialistutdanningen for sykehusspesialitetene. Legeforeningen er ansvarlig for læringsaktivitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Læringsmål 41 i de felles kompetansemodulene for spesialistutdanning av leger, legger vekt på at "moderne IKT har, brukt på rett måte, gitt oss et potensiale til betydelig forbedring av helsetjenesten". Under læringsaktiviteter vises det til "e-

læringskurs om E-resept, Kjernejournal, Digital dialog o.a.". Dette e-læringskurset som står som en mulig læringsaktivitet er ennå ikke laget. Det bør lages et e-læringskurs om digital klinisk kommunikasjon mellom pasient og lege, som alle leger som har behov for det kan ta.

Opplæring og veiledning i digital klinisk kommunikasjon bør evalueres i samarbeid med kvalitetsutviklings- og forskningsmiljøer som Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE), Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) og andre. Data bør kunne skaffes fra KPR, KUHR, IPLOS, Nasjonal e-helsemonitor. Slik vil vi utvikle mer kunnskap om digital klinisk kommunikasjon og systematisk forbedre opplæringen og veiledningen. Kollegastøtte og læringsnettverk vil være en sentral del i opplæringen.

Helse- og utdanningsmyndighetene bør utnytte mulighetene for at økt digitalisering gjør det mulig å bruke data og informasjonskanaler til opplæring og forbedringsarbeid.

6.2 Normerende tiltak

Etablere og revidere veiledere for e-konsultasjon

For at fastlegene på best mulig måte skal utnytte mulighetene som e-konsultasjon gir, må det defineres veiledere og beste praksis rettet mot systemleverandør, fastlege og innbygger for følgende tjenester:

- Tekstkonsultasjon.
- Videokonsultasjon.
- Nettbasert timebestilling.

Det foreligger i dag en veileder for tekstkonsultasjon⁵⁸. Denne er fortsatt gyldig, men bør oppdateres. Det er vesentlig at det beskrives hvordan tjenestene skal gjøres tilgjengelig for pasienten på Helsenorge og/eller på kommersielle nettportaler.

Etablere systemkrav til videokonsultasjon

Normen beskriver krav til videløsninger i faktaarket utgitt av E-helse⁵⁹.

Utvalgte krav fra dette faktaarket er angitt i tabellen under og kommentert.

⁵⁸ *Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege*. Direktoratet for e-helse 2017

⁵⁹ *Faktaark 54 om videokonsultasjon*. Direktoratet for e-helse 2017

Krav	Vurdering av krav
Kryptering skal etableres ende-til-ende for kommunikasjon utenfor virksomhetens kontroll.	Krav til kryptering er revidert i faktaark 24 ⁶⁰ , som beskriver kommunikasjon over åpne nett. Faktaark 54 og tekniske krav i Normen er under revisjon og vil gjenspeile vurderingene gjort i faktaark 24.
Risikovurdering av hele løsningen er gjennomført før den tas i bruk for ytelse av helsehjelp.	Risikovurdering gjøres for hele løsningen, inkludert timeadministrasjon, gjennomføring av videokonsultasjon og journalføring av konsultasjon. Dette omfatter systemer fra ulike leverandører. Fastlegen (virksomheten) som er ansvarlig for vurderingen har ofte lite kapasitet til å gjennomføre den.
Virksomheten skal innhente informert samtykke fra pasienten til å formidle helse- og personopplysninger elektronisk	Samtykke skal være i tråd med personvernforordningen.
Autentisering for bruk av administrativ funksjon for timebestilling i videokonsultasjonsløsningen (uten helseopplysninger), gjøres med minimum sikkerhetsnivå 3 (f.eks. brukernavn, passord og kode på SMS)	Sikre autentiseringsløsninger er tilgjengelig.
Autentisering for tilgang til og kommunikasjon av helseopplysninger (inklusive timebestilling der pasient oppgir årsak for bestilling av time) gjøres med sikker autentiseringsløsning (f.eks. BankID eller en annen løsning hvor risikovurdering viser at autentiseringen sikrer at pasienten entydig identifiseres).	Sikre autentiseringsløsninger er tilgjengelig.

Alle faktaark og veiledere er under oppdatering. Dette faktaarket vil bli revidert og tilpasses nye tekniske løsninger og revideringer av tekniske krav i Normen. Det finnes også veileder for video, lyd og bildeoptak.

⁶⁰ Faktaark 24 – Kommunikasjon over åpne nett. Direktoratet for e-helse (2018)

Definere grensesnitt basert på etablerte standarder

For nye grensesnitt som skal defineres som del av innføring av e-konsultasjon, må det benyttes etablerte standarder og utarbeides implementasjonsguider for disse grensesnittene. Det kan også gis implementeringsstøtte for systemleverandørene. Dette vil forenkle innføring av grensesnitt for leverandører av timebok og videoløsninger, og muliggjør valg av ulike videoløsninger for å tilrettelegge for konkurranse.

Grensesnittene må innrettes slik at det er forutsigbart for leverandørene hvordan man tenker at tilkobling for fremtidige løsninger skal foregå.

Etablere test- og godkjenningssprosess

Det kan etableres/videreføres nasjonale test- og godkjenningssprosesser for systemer som skal støtte de tre tjenestene:

- Tekstkonsultasjon (foreligger under DDFL).
- Videokonsultasjon.
- Nettbasert timebestilling (foreligger under DDFL, men må revideres).

6.3 Tekniske tiltak

Etablere grensesnitt på Helsenorge og hos leverandør

For å kunne bestille og starte videokonsultasjon på Helsenorge må det gjøres noen tilpasninger i funksjonalitet og grensesnitt for tjenestene som i dag blant annet benyttes av Digital Dialog Fastlege (DDFL).

Det er behov for å utvide funksjonalitet og grensesnittet for nettbasert timebestilling mot fastlegens timebok, slik at innbygger kan velge timetype (timeavtale og drop in-periode) og konsultasjonsform (videokonsultasjon og fysiske timer).

Det må også etableres funksjonalitet for å starte videokonsultasjon fra DDFL med lenke til fastlegens videoløsning (videoklient). Videokonsultasjon startes ved å velge drop in-perioder under timebestilling eller avtalt time under timeavtaler. I tillegg må det etableres et grensesnitt for tilgangsstyring mot fastlegens videoløsning, slik at innbygger kun trenger å logge på én gang for å gjennomføre videokonsultasjonen.

EPJ-leverandørene må etablere funksjonalitet for å møte innbyggernes behov for videokonsultasjon og grensesnitt for å utveksle informasjon mellom fastlegens timebok, fastlegens videoløsning og Helsenorge.

Etablere brotjeneste

For at det skal være mulig å ha videokonsultasjon på tvers av ulike videoløsninger både for én til én-samtaler og for flerpartssamtaler, er det behov for en brotjeneste som kan koble ulike tekniske løsninger sammen. Det vil gi mulighet for økt samhandling mellom helse-, omsorgs- og velferdsaktører.

Tiltaket innebærer å anskaffe og etablere en brotjeneste gjennom Norsk helsenett SF. En slik løsning vil kunne anskaffes sentralt og betales pr. konferanse eller stilles gratis til disposisjon for fastlegene. I arbeidet med en slik løsning må personvern og informasjonssikkerhet vurderes.

Etablere løsning for triage og veiledning

For å kunne tilby et fullverdig digitalt tilbud til innbyggerne er det behov for å realisere funksjonalitet som kan veilede innbygger til å velge rett helsehjelp. I noen tilfeller vil dette være bistand til å vurdere om videokonsultasjon er egnet eller om det er nødvendig med fysisk oppmøte hos lege. I andre tilfeller kan pasient få veiledning til å velge andre digitale ressurser som f.eks. selvmestringskurs. Automatisk triage i form av en spørreundersøkelse med kunstig intelligens er en nyttig, men ikke nødvendig, funksjonalitet for å kunne tilby e-konsultasjoner, men det kan etableres på sikt som en del av det å realisere pasientens netthelsetjeneste.

Bidra til utvikling av funksjonalitet

For å bidra til en raskere implementering av system som støtter nettbasert timebestilling, tekstkonsultasjon og videokonsultasjon kan myndighetene betale en andel av forventet utviklingskostnad hos timebok- og EPJ-leverandører mot at det stilles krav til funksjonalitet i løsningen. En løsning kunne vært å sikre felles timebok for fysiske og elektroniske timer som er integrert i journalsystemet. Slike funksjonalitetskrav kan fremsettes uten at det stilles krav til hvordan løsningen bygges. Det er likevel begrenset hvilke muligheter staten har til å støtte leverandører. Området er krevende å håndtere og vurderes derfor ikke som aktuelt.

Bidra til utvikling av standardgrensesnitt

For å bidra til en raskere implementering av system som støtter nettbasert timebestilling, tekstkonsultasjon og videokonsultasjon og samtidig sikre større fleksibilitet, kan myndighetene betale en andel av forventet utviklingskostnad hos timebok- og EPJ-leverandører. Dette mot at det stilles krav til både funksjonalitet i løsningen og til tilpasning mot standardgrensesnitt for bruk av standardmoduler. Et slikt grensesnitt vil gjøre det mulig for leverandørene og kundene å benyttes standardmoduler som allerede finnes i markedet. Et grensesnitt som flere og flere bruker i dag er SMART on FHIR. Denne grensesnittløsningen innebærer at det vil være mulig for et legekantor å velge timebok- og videoleverandør uavhengig av EPJ-leverandør, men likevel oppnå et integrert system. På samme måte som tiltaket over er det likevel begrenset hvilke muligheter staten har til å støtte leverandører. Området er krevende å håndtere og vurderes derfor ikke som aktuelt.

Bidra til løsning på Helsenorge gjennom anskaffelse

Hvis det på et senere tidspunkt blir usikkerhet knyttet til om leverandørmarkedet vil tilby systemstøtte for tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og nettbasert timebestilling på Helsenorge kan det gjøres en anskaffelse for å sikre at minst én leverandør kan gi fastlegene dette tilbudet. En slik anskaffelse må trolig gjøres gjennom en anbudskonkurranse mot EØS-markedet. Det vil i anskaffelsen kunne velges én eller flere leverandører som forplikter seg til å levere ønsket systemstøtte innen en avtalt tidsfrist, slik at et lovpålegg kan innføres.

Myndighetene skal ikke ha eierskap løsningen som anskaffes, men vil kun stå som en formidler av løsningen ovenfor fastlegene til markedspris, altså uten subsidiering, for med sikkerhet oppfylle karvene i statsstøttereguleringen (EØS-avtalens artikkel 61).

6.4 Juridiske og økonomiske virkemidler

Kapitlet tar utgangspunkt i stønadsforskriften og de muligheter som ligger i bruk av takster for å stimulere kliniske aktivitet og konsultasjonsatferd i tråd med overordnede målsetninger for e-konsultasjon. Det redegjøres også for bruk av fastlegeforskriften.

I tillegg til per capita tilskudd fra kommunene, honoreres fastlegene i dag via refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Regelverket er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (stønadsforskriften). Honorering og vilkår for bruk av e-konsultasjon er i dag hjemlet i takst 2ae og merknad B9⁶¹.

Endringer i stønadsforskriften skjer i årlige takstforhandlingene mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske legeforening. Helsedir vil i samarbeid med E-helse forberede innspill til endring av gjeldende takst 2ae og merknad B9.

Endring av takst

Finansiering kan være et nødvendig og viktig virkemiddel for å understøtte bruken av pålegg. I vurderingen av tiltaket er det også hensiktsmessig å se til arbeidet som pågår med utvikling av ny finansieringsmodell for fastlegeordningen, som skal presenteres 1. september 2019. Stønadsforskriften kan benyttes for å stimulere til bruk av e-konsultasjon ved å:

- Splitte takst for e-konsultasjon i én takst for tekstkonsultasjon og én takst for videokonsultasjon.
- Fjerne særkrav slik at taksten kan benyttes av andre enn fastlegen og basert på legens medisinske vurdering.
- Tillate å kombinere tekst- og videokonsultasjon med andre takster.

Splitte takst

Per i dag skilles det ikke mellom tekst- og videokonsultasjon. Dette oppleves som uheldig ettersom de to formene har et forskjellig bruksområde. Det er heller ikke mulig å hente ut statistikk ettersom takst 2ae omfatter begge konsultasjonsformene. Det innebærer at det per i dag ikke finnes noen presis måte å følge utviklingen i bruken av konsultasjonsformene. For å kunne understøtte bruk av tekst- og videokonsultasjoner på en forsvarlig og god måte, er det viktig å ha nøyaktig og oppdatert statistikk.

Det vurderes derfor at takst 2ae bør deles i en takst for tekstkonsultasjon og en annen takst for videokonsultasjon. Grunnet hensynet til å innhente statistikk vurderes det at en slik deling i første omgang gjøres snarlig etter drøftelser med legeforeningen utenfor de årlige takstforhandlingene. En slik endring vil trolig ikke medføre kostnader av betydning utover endring av stønadsforskriften og informasjon til fastlegevirksomhetene om endringen.

⁶¹ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Lovdata 2018

Fjerne særkrav

Kravet i Merknad B9 i stønadsforskriften⁶² som sier at «*Taksten kan kun kreves ved etablert sykdom/lidelse hos pasienten.*» fjernes slik at taksten kan benyttes når legen vurderer at e-konsultasjon er medisinsk faglig forsvarlig.

Kravet i Merknad B9 i stønadsforskriften som sier at «*E-konsultasjon innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasient og hans/hennes fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten.*» fjernes slik at ikke bare fastlegen kan benytte taksten for e-konsultasjon.

Tillate takst-kombinasjoner

Det foreslås at takst for tekstkonsultasjon og videokonsultasjon skal kunne kreves i kombinasjon med flere takster enn det dagens takst åpner for. Dette er viktig for leger slik at e-konsultasjon i større grad likestilles med fysisk konsultasjon.

Takst til flere behandlere

Når flere behandlere er involvert i en konsultasjon eller et tverrfaglig møte, vil flere finansieringssystemer berøres. Det bør legges til rette for at flere behandlere kan honoreres ved samme konsultasjon, uten at dette økonomisk belaster pasienten. Dette for å sikre bedre og mer sømløs bruk av tjenestene basert på kliniske indikasjoner, og som i hovedsak ikke lar seg begrense av krav i stønadsforskriften.

Det er også behov for at det gjøres en separat vurdering på finansiering av samarbeidsarenaer (flerpartssamtaler via video) hvor både Helseforetakenes og kommunenes finansieringsmodell revideres. Målsettingen bør være å legge til rette for mer utbredt bruk digital dialog mellom tjenestenivåene.

Krav om e-konsultasjon

For å sikre at fastlegene tilbyr e-konsultasjon til sine pasienter innen angitt tidsramme, kan det å ta i bruk juridiske virkemidler i form av krav i lov eller forskrift være hensiktsmessig. Av tidsmessige grunner, er ikke alle juridiske forhold og vurderinger knyttet til krav om tilknytninger til Helsenorge fullt ut gjennomført. Legges konsept 2 til grunn for det videre arbeid med e-konsultasjon er det behov for å se inn i disse forhold i mer detalj og i samarbeid med oppdragsgiver.

⁶² Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Lovdata 2018

Helsenorge

Det vil vurderes om det kan stilles krav om at fastlegen skal tilby tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og timebestilling på nett til sine listepasienter gjennom Helsenorge portalen. Fastlegen kan i tillegg tilby e-konsultasjon gjennom portalløsning utenfor Helsenorge.

Dette vil kunne innebære at e-konsultasjon og timebestilling gjøres tilgjengelig ved at leverandørene sørger for informasjonsutveksling mellom sine løsninger og Helsenorge plattformen ved bruk av felles grensesnitt definert av E-helse. Grensesnittene implementeres av E-helse på Helsenorge plattformen og av leverandørene på sine løsninger.

Det er behov for å sette krav slik at det kan oppnås full utbredelse av tjenestene gjennom Helsenorge plattformen. Behovene for dette er mer detaljert beskrevet i kapittel 3, 4 og 5, men en samlet vurdering gis nedenfor.

Helsenorge vil gjøre det mulig for alle innbyggere å få tilgang på viktige helsetjenester til sin fastlege gjennom en felles nasjonale portal med et enhetlig brukergrensesnitt. Det vil sikre god integrasjon, helhetlige og lett tilgjengelig helsetjenester for alle. Alternativet er flere ulike løsninger og større forskjeller mellom løsninger i forhold til funksjon, kvalitet og tilgjengelighet. Det vil samtidig være utfordrende å følge opp at et krav oppfylles hvis fastlegene ikke tilbyr tjenestene over Helsenorge plattformen. Det vurderes derfor som mindre hensiktsmessig å ha et krav uten at helsetjenestene samtidig gjøres tilgjengelig på Helsenorge.

Selv om leverandørene og flere fastlegene er positivt innstilt er det også skepsis hos mange fastleger til e-konsultasjon. Lav ibruktakelse av e-konsultasjon vil redusere inntekspotensialet for leverandørene og gjøre løsningene mindre attraktive å utvikle og føre til at utbredelsen av e-konsultasjon går saktere. Hvis et krav til tjenester gjennom Helsenorge velges vil det gi et tydelig signal til innbyggere, fastleger og leverandørmarkedet om betydningen av Helsenorge som portal for helsetjenester. Det vil også gi forutsigbarhet i forhold til etterspørsel og markedspotensialet.

Det er et viktig premiss å sikre utjevning og likeverdige tjenester. Et slik hensyn er å ivareta den enkeltes rett til helsetjenester. Digital dialog fastlege (tekstkonsultasjon) er i dag svært ulikt geografisk distribuert og tjenesten er i bruk ved kun av ca. 25 % av landets fastleger selv etter et innføringsløp på over 4 år. Antallet fastleger som benytter videokonsultasjon er svært lavt og det vil trolig gå lang tid før dette blir en vanlig tjeneste hos fastleger. Alle innbyggere bør ha mulighet til å benytte e-konsultasjon innen et rimelig tidsrom. Det er derfor behov for virkemidler med større effekt for å sikre rask utbredelse.

Det er i dag private helseaktører som tilbyr videokonsultasjon. Det er behov for at fastlegene tilbyr digitale helsetjenester for å møte denne konkurransen i forhold til å motvirke sosial ulikhet og ivareta den viktige portvokterrollen. Ettersom fastlegene har tilgang til journalen og i stor grad har veletablerte lege-pasient forhold har de forutsetninger for å tilby effektive og gode helsetjenester ved bruk av e-konsultasjon. Bruk av e-konsultasjon vil gi betydelige samfunnsgevinster, spesielt for pasienter i form at et bedre og mer tilgjengelig tilbud som også gir betydelige besparelser i form av redusert tidsbruk.

Tilgjengelig løsninger

En utfordring ved å etablere krav om å tilby e-konsultasjon gjennom Helsenorge, er at hverken EPJ-, videoleverandørene eller Helsenorge per i dag tilbyr dette. I tilfelle EPJ eller videoleverandør ikke kan tilby integrasjon mot Helsenorge, vil et krav i forskrift bety at fastlegene må bytte til leverandør som kan tilby integrasjon. I løpet av første halvår 2019 vil

imidlertid Helsenorge ha etablert nødvendige grensesnitt (API) for å støtte en integrasjon slik at innbygger kan bestille time og starte tekst- og videokonsultasjon fra Helsenorge. Grensesnittene er ikke krevende å utvikle og leverandørene har kommunisert at de ønsker å utvikle grensesnitt og integrere mot Helsenorge. I løpet av 2019 forventes det at de fleste EPJ- og videoleverandører har utviklet grensesnitt (API) og har blitt godkjent for integrasjon mot Helsenorge. Vi har i utredningen hatt dialog 1:1 med leverandørene og gjennomført en skriftlig spørreundersøkelse med leverandør som i hovedsak bekrefter leverandørens intensjoner i denne retning.

Behov for juridisk vurdering og videre arbeid

Det bør gjøres en nærmere juridisk vurdering av det konseptet som velges før en eventuell forskriftsfesting av konkrete krav, bla. av de konkurranserettslige aspekter ved å kreve integrasjon med Helsenorge.

Videre så må standarder og løsninger defineres og utvikles av Helsenorge og leverandørene, før fastlegene kan gjøre tjenestene tilgjengelig på Helsenorge. Det gir samtidig anledning til å etableres et enda sterkere kunnskapsgrunnlag for forsvarlig og hensiktsmessig bruk av e-konsultasjon med tilhørende utvikling av beste praksis, veiledere og utdanning. Det viser her til oppgitt tidsplan under vurdering av konsept 2.

For å ta hensyn til tekniske og praktiske forhold ved innføringen av et slik krav anbefales det at et mulig krav innføres tidligst 1. januar 2021 for å sikre nok tid til forberedelse for ulike aktører. Blant annet så må de juridiske sidene av forslaget må detaljeres nærmere og konkrete forslag sendes på høring.

Fastlegeforskriften

Dersom fastlegene skal pålegges å tilby e-konsultasjon, kan det vurderes å hjemle dette i en egen bestemmelse i fastlegeforskriften. Det kan da være naturlig å se hen til fastlegeforskriften kapittel 4 om kvalitets- og funksjonskrav som egnet sted plasseringssted, jf. ovenfor. Både dagens § 21 om allmenne tilgjengelighetsbestemmelser eller innlemming en ny forskriftsbestemmelse etter denne dersom detaljeringsbehovet er av et visst omfang, kan vurderes.

Engangstønad gjennom tilskuddsordning eller engangstakst

Flere fastleger vil kunne oppleve kostnader ved å implementere videokonsultasjon. Dette i form av utgifter som abonnement på videoløsning, nettverk, utstyr som tilpasset pc-skjerm, web-kamera, mikrofon og høyttalere eller hodetelefoner, samt tidsbruk knyttet til opplæring og etablere løsningen. Et tiltak som kan bidra til å sikre raskere tilgang til videoløsninger for alle innbyggere er f.eks. å motivere fastlegene ved at f.eks. de 1.000 første fastlegene som tar i bruk tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og nettbasert timebestilling på Helsenorge, mottar 10.000 kroner.

Tilskuddsordning

Ingen av dagens tilskuddsordninger er relevante å benytte i eksisterende eller justert form til innføring av e-konsultasjon, følgelig vil det ikke være hensiktsmessig å innlemme dette som et formål i disse ordningene. En ny tilskuddsordning må foreslås inn for neste ordinære statsbudsjett, eventuelt kan en engangstakst benyttes. Ressursbruken som kreves for å

etablerere en slik tilskuddsordning er usikker, og kan variere avhengig av hvor kompleks ordningen er. Samlet ressursbruk vil være anslagsvis 2-3 måneder for helt enkle støtteordninger, og opp mot 15-20 måneder for de mest kompliserte. Denne støtteordningen anses ikke å ha stor kompleksitet.

Engangstakst

Som alternativ til tilskuddsordning kan det benyttes en takst som utløses en gang. Stønadsforskriften yter stønad til undersøkelse og behandling hos lege og stønaden er i utgangspunktet en rettighet medlemmet/pasienten har. Engangstakst for å dekke legenes kostnader kan vurderes. Dette kan være utfordrende, blant annet fordi det i utgangspunktet ikke er hjemmel til å dekke dette via Stønadsforskriften. Det er imidlertid eksempler på at dette er brukt tidligere som f.eks. ved fastlegenes oppkobling til NHN.

6.5 Konsepter

For å sikre en god utvikling av e-konsultasjon er det hensiktsmessig å gruppere tiltak og virkemidler i konsepter. Konseptene inkluderer strategi og plan for implementering med ulik grad av påvirkning og styring for å nå den overordnede målsetningen. Myndighetsrolle er et sentralt tema ved valg av implementeringsstrategi. Konseptene er derfor utformet basert på hvilken rolle myndighetene ønsker å innta ved organisering av e-konsultasjon.

Basert på kunnskapsinnhenting som er gjort i utredningen foreslås følgende konsepter.

Konsept 0 – Fortsette som før

Konsept 0 innebærer at myndighetene ikke treffer særskilte tiltak for å styre eller fremme implementering og bruk av e-konsultasjon. Det overlates dermed i stor grad til de ulike aktørene selv å utvikle tilbudet for e-konsultasjon til innbyggerne, basert på eksisterende forskrifter og normerende dokumenter.

Konsept 1 – Være tilrettelegger

Fastlegene og EPJ-leverandørene har uttrykt ønske om at myndighetene skal gi rammer for hvordan e-konsultasjon kan organiseres og utøves. Konsept 1 innebærer å styrke myndighetenes normerende rolle ved å definere standarder og retningslinjer for e-konsultasjon, teknisk tilrettelegging, etablere miljø for kunnskaps-innhenting, kvalitetsarbeid og kunnskapsdeling. For videre å fasilitere e-konsultasjon for innbyggerne og bruk av videosamtaler i helse- og omsorgssektoren etableres det en brotjeneste. Dette er tiltak som det vurderes vil bidra til økt utbredelse og god bruk av e-konsultasjon.

I konseptet inngår:

Organisatoriske tiltak

- Helsefaglig kvalitetsarbeid.
- Opplæring og veiledning.

Normerende tiltak

- Etablere og revidere veiledere for e-konsultasjon.
- Etablere standarder for e-konsultasjon.

- Etablere systemkrav til videokonsultasjon.
- Definere grensesnitt basert på etablerte IKT-standarder.
- Etablere test- og godkjenningsprosess for løsninger på Helsenorge.

Tekniske tiltak

- Etablere grensesnitt på Helsenorge og hos leverandør.
- Etablere funksjonalitet og grensesnitt i timebok og videoløsning.
- Etablere brotjeneste.

Konsept 2 – Være premissgiver

Konsept 2 er konsept 1 kombinert med juridiske og økonomiske virkemidler som takst og tilskudd. Det legges til grunn at fastlegene selv skal vurdere medisinskfaglig forsvarlighet ved behandlingen uavhengig av konsultasjonsform og at e-konsultasjon i større grad sidestilles med fysisk konsultasjon.

Et av de sterkeste virkemidlene for å påvirke implementering og ibruktakelse av e-konsultasjon hos fastlege vurderes å være bruk av regulering og stønad. Det vil derfor være virkningsfullt å kombinere konsept 1 med et sett juridiske og økonomiske virkemidler for å sikre rask måloppnåelse.

Tiltakene «Krav om å tilby e-konsultasjon» og «Engangsstønad» er uavhengig av at tiltakene som gjelder endring av takst i konsept 2 og tiltakene i Konsept 1 gjennomføres. Tiltakene som gjelder endring av takst kan gjennomføres uavhengig av krav og engangsstønad.

Juridiske virkemidler

- Endring av takst
 - Splitte takst
 - Fjerne særkrav
 - Tillate takst-kombinasjoner
 - Takst til flere behandlere
- Krav til e-konsultasjon i fastlegeforskriften

Økonomiske virkemidler

- Engangsstønad gjennom tilskuddsordning eller engangstakst

Konsept 3 – Være leverandør

Konsept 3 er konsept 2 kombinert med anskaffelse.

En eventuell utfordring ved de to forutgående konseptene kan være at EPJ-leverandørene ikke prioriterer å levere funksjonalitet i henhold til forventet og ønsket utvikling. For å unngå en slik mulig situasjon anskaffes det i dette konseptet en eller flere nasjonale løsninger for tekst, video og nettbasert timebestilling på Helsenorge basert på brukerbetaling, jfr. kapittel 0.

I konseptet inngår:

Tekniske tiltak

- Bidra til løsning på Helsenorge gjennom anskaffelse.

Tiltak anbefalt for alle konsepter

Følgende tiltak anbefales gjennomført for alle konsepter i variabel utstrekning:

- Gevinstrealisering.
- Kommunikasjonsarbeid.

Tiltak som ikke er prioritert

Følgende tiltak inngår ikke i noen av de foreslåtte konseptene over:

- Etablere informasjonskanal.
- Etablere brukerforum.
- Etablere løsning for triage og veiledning.
- Bidra til utvikling av funksjonalitet.
- Bidra til utvikling av standardgrensesnitt.

Noen av disse tiltakene skrinlegges mens noen foreslås videreført i andre initiativ og prosjekter eller vurdert ytterligere på senere tidspunkt, jfr. kapittel 9.3.

6.6 Vurdering av konsepter

Konsept 0 – Fortsette som før

Konseptet innebærer at myndighetene har en mindre aktiv rolle som i liten grad legger til rette for å drive frem utvikling og bruk av e-konsultasjon. Det vil trolig medføre saktere utvikling av innovasjon og en fragmentering av markedet. En slik rolle vil kunne lede til en vridning av helsetilbud for innbyggerne da tilbudet i stor grad vil avhenge av hvilke tjenester fastlegen velger å tilby og hvilke tjenester fastlegens støttesystemer gir mulighet for å tilby. Det vil også gi stor åpning for tilbud fra andre leger enn fastlegene. Innholdet i tjenestene vil kunne utvikle seg ulikt, slik at en tjeneste et sted ikke nødvendigvis vil være den samme som en tilsvarende tjeneste et annet sted.

Det finnes løsninger for videokonsultasjoner i Norge som ivaretar personvern og informasjonssikkerhet i tråd med beste praksis. Videokonsultasjon i dag er derfor et forsvarlig og godt alternativ til fysisk konsultasjon på mange kliniske områder. Det er likevel behov for å videreutvikle videoløsninger i forhold til funksjoner samt integrasjon mot Helsenorger og EPJ-leverandører for å sikre økt bruk og bedre realisering av de muligheter som videokonsultasjon gir.

Det vurderes at EPJ-leverandørenes utvikling av e-konsultasjon ikke vil være i henhold til skissert tidsplan for utbredelse av e-konsultasjon. Det er heller ikke gitt at leger i fastlegepraksis og legevakt i utstrakt grad vil ta i bruk tjenestene innenfor e-konsultasjon.

Konsept 1 – Være tilrettelegger

Konsept 1 legger opp til at myndighetene skal innta en mer aktiv rolle enn i dag for å påvirke utvikling og bruk av tjenestene for e-konsultasjon.

Konseptet vil trolig medføre at myndighetene får:

- Økt mulighet til å realisere pasientenes netthelsetjeneste.
- Fastlegetjenesten noe mer tilgjengelig på digitale flater og bedre i stand til å møte konkurranse fra andre private aktører.
- Mulighet for å modernisere og avlaste fastlegene.
- Mulighet for å analysere og lære av bruk.
- Mer styringsinformasjon for bruk i informasjonsarbeid og takstforhandlinger.
- Raskere ibruktakelse av e-konsultasjon enn i konsept 0.
- Økt kontroll med informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet som følge av tydelige grensesnitt.
- En mer aktiv rolle innebærer en etablerings- og forvaltningskostnad, men med betydelig samfunnsnytte.
- Riktigere bruk av e-konsultasjon.
- Tilrettelagt for god konkurranse i leverandørmarkedet.

Konseptet vil trolig medføre at fastlegene får:

- Informasjon og veiledning om tjenestene.
- Velprøvde systemer.
- Mulighet for videosamtaler med andre ressurser i helse-, omsorgs- og velferdstjenesten.
- Det blir enklere å bytte EPJ-system som kan gi noe lavere byttekostnader.
- Oppleve mer etterspørsel etter e-konsultasjon fra innbyggere i forhold til konsept 0.

Konseptet vil trolig medføre at EPJ-leverandørene får:

- Klarere føringer på hva myndighetene forventer som kan gi noe raskere utvikling.
- Noe lavere ressursbruk som følge av felles definerte grensesnitt.
- Tilbud om kvalitetssikring av systemene gjennom godkjenningsordninger.

Konseptet vil trolig medføre at flere innbyggere med fastlege får:

- Flere digitale helsetjenester på ett sted.
- Mer likeverdig digitale helsetjenester.
- Raskere og bedre tilgang til digitale helsetjenester.
- Mer fleksible digitale helsetjenester.
- Mer sammenhengende digitale helsetjenester.
- Bedre grunnlag for å ta ansvar for egen helse.

Det vurderes at Konsept 1 vil gi raskere og mer positiv utvikling hos leverandørene, samt at flere fastleger vil ta i bruk e-konsultasjon enn konsept 0. For legevakt forventes liten endring.

Konsept 2 – Være premissgiver

Konsept 2 er konsept 1 kombinert med juridiske og økonomiske virkemidler.

De sterkeste virkemidlene for å påvirke utvikling, implementering og ibruktakelse av e-konsultasjon, vil trolig være bruk av regulering og stønad. Det vil derfor være meget

virkningsfullt å kombinere konsept 1 med et sett juridiske og økonomiske virkemidler for å sikre god effekt og rask utbredelse av e-konsultasjon som en del av fastlegens tjenester, samt at e-konsultasjon i større grad blir en del av tjenestene til legevakt. Det vil innebære at alle innbyggere får tilbud om digitale helsetjenester på ett sted gjennom den offentlige helseportalen Helsenorge. Det vurderes at tilknytningen til Helsenorge er en forutsetning for å oppnå de nytteeffekter og de samfunnsøkonomiske gevinster ved e-konsultasjon som er skissert.

Konseptet vil trolig medføre at myndighetene får:

- God oversikt på bruk av tjenestene.
- God mulighet for å analyse og lære av bruk.
- God styringsinformasjon for bruk i informasjonsarbeid og takstforhandlinger.
- Raskere ibruktakelse av e-konsultasjon enn i konsept 1.
- Gitt innbyggerne tilgang på e-konsultasjon og timebestilling fra en felles helseportal.
- En mer aktiv rolle som innebærer en etablerings- og forvaltningskostnad, men med betydelig samfunnsnytte.
- Riktigere bruk av e-konsultasjon.
- Mindre lekkasje til private aktører.
- Tilrettelagt for god konkurranse i leverandørmarkedet.

Konseptet vil trolig medføre at fastlegene får:

- Informasjon og veiledning om tjenestene.
- Større erfaringsgrunnlag som kan deles i kollegiale nettverk og på læringsarenaer.
- God systemstøtte for tjenestene og gode løsninger.
- Lavere byttekostnader for EPJ-system.
- Mulighet for videosamtaler med andre ressurser i helse-, omsorgs- og velferdstjenesten.
- Mulighet for å tilby gode og brukervennlige digitale helsetjenester.
- Oppleve mer etterspørsel etter e-konsultasjonstjenester fra innbyggere.
- Styrket portvokterrollen.

Konseptet vil trolig medføre at EPJ-leverandørene får:

- Tydelige føringer på hva myndighetene forventer med tilhørende raskere utvikling.
- Noe lavere ressursbruk som følge av felles definerte grensesnitt.
- Tilbud om kvalitetssikring av systemene gjennom godkjenningsordninger.

Konseptet vil medføre at alle innbyggere med fastlege får:

- Flere digitale helsetjenester på ett sted.
- Mer likeverdig digitale helsetjenester.
- Raskere og bedre tilgang til digitale helsetjenester.
- Mer fleksible digitale helsetjenester.
- Mer sammenhengende digitale helsetjenester.
- Bedre grunnlag for å ta ansvar for egen helse.

Tidsplan for hva som kan oppnås på kort og lengre sikt gitt valg av konsept 2 er gitt i kapittel 9,2 Tidsplan for implementering:

Konsept 3 – Være leverandør

Konsept 3 anses som krevende å gjennomføre med tanke på konkurransesituasjonen i leverandørmarkedet. Det finnes allerede produkter i markedet som fastlegene bruker. Dialog med EPJ- leverandørene indikerer at de både vil koble seg til Helsenorge sine grensesnitt og ta i bruk video i sine EPJ/PAS- system, som gitt i skissert tidsplan.

Det vil være vanskelig å vurdere hvilke kriterier som skal benyttes for å velge ut løsninger fremfor andre basert på dagens kjennskap til markedet. Det må derfor trolig gjennomføres en større anskaffelsesprosess med leverandørkonferanser og prekvalifisering. Prosessen med å anskaffe og etablere en slik løsning tar trolig 6-12 måneder.

Det vil også være usikkerhet om hva en anskaffelse vil gi av merverdi for leverandørene som deltar i konkurransen. Det vil ikke være mulig å tilby eksklusivitet til markedet, ettersom det er alle leverandører uavhengig av konkurransen kan knytte seg til Helsenorge sine grensesnitt. Uten åpenbare fortrinn er det dermed en risiko for at det ikke vil bli levert tilbud av leverandører med relevante løsninger.

Det er også usikkerhet knyttet til hvordan leverandørene og fastlegene skal operere i påvente av en slik konkurranse. Den positive utviklingen, som nå er både i leverandørmarkedet og hos fastlegevirksomhetene i forhold til utbredelse og ibruktakelse av e-konsultasjonsløsninger, kan reduseres i påvente av utfallet av konkurransen.

På grunnlag av dette anbefales det ikke å gå videre med konsept 3.

7 PRINSIPIELLE VURDERINGER

7.1 Medisinskfaglig

I oppdragsbrevet er Helsedir bedt om å vurdere hvilke typer konsultasjon (dvs. video, tekst og bilde) hos fastlege og legevakt som kan utføres på en faglig forsvarlig måte, herunder hvordan tjenestene må innrettes for å sikre forsvarlighet.

Som nevnt i punkt 2.1.3. (Oppdragsbrevet til Helsedir), vil vurderingene primært omhandle fastlegetjenesten. De samme vurderingene for forsvarlighet for fastlege vil også gjelde for helsepersonell i legevaktstjenesten.

Forsvarlighet er en forutsetning for å kunne gjennomføre en konsultasjon, både fysisk og digitalt. Kunnskap og erfaringer tyder ikke på at medisinskfaglige vurderinger blir svekket av at elektroniske konsultasjonsformer benyttes. Imidlertid må tilbydere / legene føle seg komfortable med den nye arbeidsformen, og man bør diskutere hvorvidt det er forsvarlig å pålegge ved lov eller forskrift en konsultasjonsform som for mange helsearbeidere er uprøvd. Dette er blant annet drøftet i kap. 6.4.2 Krav til e-konsultasjon, og i kapittelet under.

Generelt om forsvarlighetskravet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes av helse- og omsorgstjenesten og det enkelte helsepersonell, skal være forsvarlige. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven⁶³ § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven⁶⁴ § 2-2, helsepersonelloven⁶⁵ § 4, fastlegeforskriften⁶⁶ § 7 og akuttmedisinforskriften⁶⁷ § 1. At tjenestene skal være forsvarlige betyr blant annet at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, og gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 fremgår at kommunen skal tilby en fastlegeordning. Fastlegeordningen skal bidra til at helsetjenestetilbudet i kommunen er forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og merknader til fastlegeforskriften.

⁶³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata 2011

⁶⁴ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Lovdata 2001

⁶⁵ Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven). Lovdata 2001

⁶⁶ Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lovdata 2012

⁶⁷ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Lovdata 2015

Kapittel 4 i fastlegeforskriften fastsetter kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen. Det følger blant annet i kapittel 4 (Ønsket situasjon) at fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov- og forskrift. Det innebærer at de skal oppdatere seg på kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer. Dette blant annet for å redusere risiko for uønskede hendelser i sin virksomhet.

På personellnivå følger forsvarlighetskravet av helsepersonelloven § 4. Det innebærer at helsepersonellet skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette på basis av hva som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonellet skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Forsvarlighet forutsetter også at helsepersonellet holder seg til anerkjente og utprøvde metoder for helsehjelp.

Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker pasientens personlige integritet. Konkret gir dette seg uttrykk i måten helsepersonell opptrer på overfor og kommuniserer med pasienten, og også med pasientens pårørende.

Kommunens ansvar for fastlegeordningen innebærer at kommunen skal legge til rette for å sikre at fastlegene i kommunen overholder de fastsatte kvalitets- og funksjonskrav som stilles i fastlegeforskriften og i lovverket for øvrig. Eventuelle krav til e-konsultasjon for fastlege vil dermed implisitt også være et krav til kommunen, som også har et ansvar for forsvarlig drift av fastlegeordningen.

Ansvarsforhold og lovkrav knyttet til helsehjelpen vil i utgangspunktet være de samme ved e-konsultasjoner mellom fastlege og pasient som ved andre konsultasjoner. Det er i utgangspunktet de alminnelige reglene i helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, fastlegeforskriften og akuttmedisinforskriften mv. som kommer til anvendelse.

Forsvarlighetskravet er det samme ved e-konsultasjoner som ved fysiske konsultasjoner. dermed også ved e-konsultasjoner. Det er essensielt å sikre løsninger som ivaretar kravet til forsvarlighet ved bruk av e-konsultasjoner både på systemnivå og på individnivå, ved at både de løsningene som velges og den helsehjelpen som ytes i det enkelte tilfellet oppfyller forsvarlighetskravet.

Med revidert fastlegeforskrift (i kraft 1. januar 2013) ble det innlemmet en rekke bestemmelser om funksjon og kvalitet i fastlegeordningen. Disse bestemmelsene operasjonaliserer og presiserer ulike sider av forsvarlighetskravet. Det er derfor naturlig å vurdere hvordan økt bruk av e-konsultasjon vil kunne påvirke etterlevelsene av disse bestemmelsene.

Etter fastlegeforskriften § 18 skal fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk.

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere, jf. fastlegeforskriften § 19. Dette innebærer at fastlegen må ha systemer som gjør at andre tjenesteytere og samarbeidspartnere, får tak i legen for å avklare nødvendige spørsmål eller gitt informasjon. Fastlegen har i tillegg et eget ansvar for å kontakte andre tjenesteytere når faglige forhold tilsier dette. Heldigital meldingsutveksling foregår allerede med andre samarbeidende tjenesteytere i dag, dvs.

radiologisvar, epikriser mm. Her vil en økning i digitale kontaktmuligheter kunne bidra til oppfyllelse av dette kravet.

Fastlegeforskriften § 21 inneholder alminnelige bestemmelser om tilgjengelighet, og fastsetter f.eks. at fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid, blant annet elektronisk timebestilling. Det må kunne legges til grunn at digitale helsetjenester gjør mange helsetjenester mer tilgjengelige for flere pasientgrupper, og dermed bidrar til en målsetting om best mulig tilrettelegging av helsetjenesten.

God praksis ved digital dialog

Helsedir er bedt om å utrede hvilke typer konsultasjon (dvs. video, tekst og bilde) hos fastlege og legevakt som kan utføres på en faglig forsvarlig måte. Helsedir skal videre gjøre kjent hvordan tjenestene må innrettes for å sikre forsvarlighet. Innholdet i konsultasjonen (f.eks. problemstilling/diagnosegrupper/akuttmedisin/ kroniske lidelser) opp mot konsultasjonsform har vært tema i utredningen. Det har vært drøftet i ulike fora som i arbeidsgruppen, i workshopen 16. oktober 2018, og i dybdeintervjuene av fastlegene.

Det er et bredt ønske om å ha nasjonale føringer og veiledning i bruk av digitale tjenester. Det er likevel en felles oppfatning, at det ikke er hensiktsmessig å lage spesifikke retningslinjer eller uttømmende lister, over problemstillinger som er klarert for behandling via e-konsultasjon⁶⁸. Det vil være mer hensiktsmessig å ha overordnede føringer og veiledning i hva som er god praksis. En slik oversikt vil heller ikke være uttømmende. Dette er også i samsvar med Socialstyrelsen i Sverige sine anbefalinger, jf. deres nylige svar på oppdrag fra Regjeringen (2. november 2018).

Bruk av digitale virkemidler endrer ikke grunnleggende behandlingsmessige ansvarsforhold. Legen må selvstendig vurdere om informasjonen pasienten har presentert er god nok for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Legen må bruke eget skjønn og kunnskap. Erfaringer fra DDFL (Digital Dialog Fastlege) viser at slike avveininger i utgangspunktet ikke er vesentlig forskjellig fra annen ordinær klinisk praksis⁶⁹. Noen forhold er det imidlertid viktig å være oppmerksom på.

Effektiv og forsvarlig behandling av digitale henvendelser til legens kontor forutsetter god organisering. Legen må organisere arbeidsdagen og timeplanen slik at det er avsatt tid til å betjene henvendelsene.

Et særlig sentralt forhold ved gjennomføring av konsultasjoner ved bruk av digitale hjelpemidler, er betydningen av digital kompetanse hos både lege og pasient. Det er en grunnleggende forutsetning at begge parter behersker bruk av det utstyret som skal benyttes. Partene må få nødvendig opplæring, og systemene må være enkle og pålitelige å ta i bruk. Legen og personalet må sette seg godt inn i de tekniske innretningene og tjenestene, og også

⁶⁸ *Workshopen 16.10.2018*

⁶⁹ *Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege*. Direktoratet for e-helse 2017

være trygg på at pasientene som legen ønsker å konsultere ved hjelp av digitale tjenester har forstått bruken. Kommunen vil også ha en rolle her, ved at de etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Samtidig inneholder forsvarlighetskravet også et element av tid, f.eks. vil helsepersonell ofte måtte handle raskt for å hindre at skade eller akutt sykdomstilstand medfører alvorlig fare for pasientens liv eller helse. Bruk av videoutstyr vil da kunne være et uvurderlig hjelpemiddel i en presset situasjon. Det kan f.eks. være avgjørende å få overført et videobilde til samarbeidende helsepersonell som skal gi råd og som befinner seg fysisk langt unna hendelsesstedet.

Dette vil f.eks. gjelde for legevakt. Nødvendighet eller fordelene av bruk av videoutstyr i øyeblikkelig hjelp situasjoner og lange avstander for f.eks. legevakslege, vil være viktige momenter i en samlet forsvarlighetsvurdering. Utstyr eller mangler i digital kompetanse i en konkret situasjon kan utgjøre en risiko for feil. Det må likevel foretas en avveining mot de fordeler som kan oppnås ved å kunne gi rask hjelp, eller hjelp til noen som ellers ikke ville fått hjelp.

Det vil alltid være en risiko for at helsepersonell kan gå glipp av relevant informasjon om pasienten og hans eller hennes tilstand. Denne faren er større når det ikke gjennomføres et fysisk møte med pasienten. Dersom legen vurderer at det er forsvarlig å ta en avgjørelse om behandling på bakgrunn av den informasjonen han eller hun har mottatt f.eks. over tekst eller video, er det dermed viktig å understreke at legen også fullt ut er ansvarlig for den behandling som iverksettes. Det er viktig å være oppmerksom på at kommunikasjon over video kan være en større og annerledes utfordring enn ved vanlig konsultasjon. Dersom legen mener at den mottatte informasjon ikke er tilstrekkelig, må hun/han enten innhente mer informasjon, eller innkalle pasienten til seg. Hva som ligger innenfor det forsvarlige, vil blant annet bero på pasientens helsetilstand og hvilke behandlingsalternativer som er tilgjengelige. Med dette som utgangspunkt må legen vurdere hvorvidt videokonsultasjon egner seg som ramme rundt de metoder og behandlingsalternativer som velges. Dette er også omtalt i rundskriv I-12/2001 om Telemedisin og ansvarsforhold fra Helse- og omsorgsdepartementet⁷⁰.

Tilbakemeldinger fra leger i fastlegepraksis⁷¹ viser at det ved videokonsultasjon er en fordel å kjenne pasienten fra før. Tjenesten benyttes mye i forhold til kjente tilstander, men kan også være akseptabelt ved nye tilstander, avhengig av hva som skal vurderes. Det fremkommer videre at tjenesten er lite egnet til å gjøre en god vurdering hvis det f.eks. er behov for fysisk kontakt med pasienten, gjøre målinger, ta prøver eller vurdere mer kompliserte tilstander slik som alvorlige infeksjoner. Ny medisinsk teknologi, nye muligheter for prøvetaking på egen

⁷⁰ I-12/2001 Telemedisin og ansvarsforhold. Helsedirektoratet 2001

⁷¹ Dybdeintervju gjennomført med fastleger høsten 2018. Direktoratet for e-helse 2018

hånd, velferdsteknologi og avstandsoppfølging vil gi nye handlingsrom og betingelser for e-konsultasjon. Forsvarlighetsvurderingene må således kontinuerlig følges opp i tråd med utviklingen.

Medisinsk kvalitet må likeledes kunne ivaretas fullt ut. I en ordinær praksis vil utgangspunktet som oftest være et behov for nødvendig fysisk undersøkelse og diagnostisering av pasienten i form av en direkte kontakt (fysisk dialog) på fastlegens kontor. Her foretas det en utredning av det nærmere behovet. Det vil være legens medisinskfaglige skjønn som legges til grunn i denne vurderingen. Utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging er grunnleggende sider av fastlegeordningen, og handlinger som fastlegen skal foreta. E-konsultasjoner av ulike typer må om det skal benyttes, støtte opp om forsvarlig ivaretagelse av dette. Det gjelder både for fysiske og psykiske lidelser.

Det kan ved bruk av videoutstyr være nødvendig med avklaring med pasienten om forutsetninger, forbehold for enkelte tilfeller, sykdomstilfeller etc. i den konkrete behandlingssituasjonen. Det må blant annet avklares at de sitter slik til at de kan snakke fritt om sine utfordringer og bekymringer.

Det kan være en utfordring med det "usagte" som lettere ville kunne blitt oppfattet ved fysisk tilstedeværelse hos begge i samme rom. Det bør i slike situasjoner vurderes om det vil være hensiktsmessig rutinemessig å ha oppsummerende spørsmål omkring hvorvidt det er noe mer pasienten har å tilføye, er det annet pasienten tenker kan ha betydning for tilstanden osv. På den annen side sier informantene i vår utredning at videokonsultasjon fordrer direkte blikk kontakt som bedrer kommunikasjonen for begge parter. Helsepersonell har klinisk kommunikasjon som læringsutbytte i sin grunnutdanning, videre- og etterutdanning. Digital kommunikasjon blir en ny dimensjon som må læres, bli fortrolig med og bygge på forskning på området.

Fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk, jf. fastlegeforskriften⁷² § 18. E-konsultasjon kan eventuelt i den konkrete situasjonen vurderes å være et hensiktsmessig hjelpemiddel i slike situasjoner, dvs. fastlegen kan eventuelt lettere eller mer hensiktsmessig nå aktuelle listeinnbyggere. Mange av informantene peker på at ved alvorlig somatisk eller psykisk sykdom som vanskeliggjør pasientens forflytningsevne, kan e-konsultasjon være et svært gunstig supplement i oppfølgingen av listeinnbygger og pårørende.

⁷² Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lovdata 2012

Journalføring

Det rettslige grunnlaget for helsepersonellens behandling av helseopplysninger ved e-konsultasjon er det samme som når helsehjelp ytes på andre måter, dvs. helsepersonelloven⁷³ kapittel 8, pasientjournalforskriften og pasientjournalloven⁷⁴. Uavhengig av medium skal nødvendig og relevant informasjon om pasienten og helsehjelpen journalføres på vanlig måte i tråd med kravene i pasientjournalforskriften⁷⁵ § 8. Det legges i utgangspunktet til grunn at helsepersonellet vil journalføre relevant og nødvendig informasjon ved e-konsultasjoner på samme måte som ved ordinære, fysiske konsultasjoner.

Dersom flere aktører deltar i en e-konsultasjon, vil de deltakende aktørene ha dokumentasjonsplikt i tråd med det de ville hatt ved deltakelse i et fysisk samarbeidsmøte.

Hvis løsningen legger til rette for video-, lyd- og bildeopptak hvorav noe vurderes som nødvendig og relevant informasjon og derfor skal inn i journalen, antas at pasienten – og evt. andre deltakere i konsultasjonen – må samtykke særskilt til dette. Videre må materialet kunne redigeres, da uredigerte opptak som oftest vil inneholde store mengder materiale som ikke er nødvendig og relevant som dokumentasjon. Den del av opptaket som etter redigering ikke skal inngå i journal, må slettes.

7.2 Opplæring og veiledning i digital klinisk kommunikasjon

Legens ansvar er å sørge for at metodene legen til enhver tid bruker er forsvarlige. Bruk av e-konsultasjoner hos fastlegene og legevakten vil kreve opplæring og veiledning for at helsetjenesten være forsvarlig.

Opplæring kan f.eks. være e-læringskurs om digital klinisk kommunikasjon mellom pasient og lege. Dette kan alle leger ta som har behov for det. Det bør bli slik at digital kommunikasjon blir del av læringsmålene/-utbyttene i grunn-, videre- og etterutdanningen.

Med god opplæring og veiledning i digital klinisk kommunikasjon, kollegastøtte og læringsnettverk, gode tekniske løsninger i eller ved siden de elektroniske pasientjournalene, nødvendig organisasjonsutvikling av fastlegekontorene og finansieringsordninger som understøtter den ønskede utviklingen, vil e-konsultasjon være hensiktsmessig, faglig forsvarlig og sparer tid og penger for innbyggerne og samfunnet.

⁷³ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lovdata 2001

⁷⁴ Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). Lovdata 2014

⁷⁵ Forskrift om pasientjournal. Lovdata 2000

7.3 Samfunnsmessig- og unngå sosial ulikhet i helse

Det er et overordnet mål for helsemyndighetene at innbyggerne i Norge skal motta like helsetjenester, og ha lik tilgang på disse. Hvis digitale kontaktflater og konsultasjonsformer brer om seg og forventes benyttet av innbyggerne, skal man være oppmerksom på ulikheter i befolkningen med tanke på tekniske ferdigheter, tilgang på datateknisk utstyr og fortrolighet med konsultasjonsformen. Det er viktig å ha kontroll på at tjenestene nås av alle ønskede grupper, og at sosial ulikhet ikke oppstår eller forsterkes av et nytt offentlig helsetilbud.

8 KONSEKVENSER

Dette kapittelet har som formål å synliggjøre konsekvensene av ulike tiltak for å øke utbredelsen av e-konsultasjon i primærhelsetjenesten. Med e-konsultasjon menes i denne rapporten (som tidligere beskrevet) konsultasjoner over video, synkront og asynkront gjennom tekst, og bildeutveksling. Vi trekker ikke et klart skille mellom disse konsultasjonstypene i analysen av konsekvenser. Løsningene for implementering av e-konsultasjon og tilgjengeliggjøring på helsenorge.no og andre plattformer støtter i prinsippet alle disse konsultasjonstypene. Behandlere og pasienter antas å velge den typen konsultasjon som er mest egnet i det aktuelle tilfellet.

Primærlegetjenesten omfatter i hovedsak fastlegeordningen og legevaktsordningen. I analysen av konsekvenser har vi begrenset omfanget til å omhandle bruk av e-konsultasjon i fastlegeordningen. E-konsultasjon i legevakt vil antakelig ha mange av de samme virkningene som i fastlegeordningen, men det er foreløpig mer uklart hvilket omfang og bruksområder e-konsultasjoner kan få i legevakt. En grundigere vurdering av konsekvensene ved innføring av e-konsultasjoner i legevakt bør derfor gjennomføres som egen utredning i oppfølgingen av dette prosjektet.

Vurderingen av konsekvenser av tiltak for økt utbredelse av e-konsultasjon er bygget opp på følgende måte:

- Først har vi identifisert hvilke interessenter som blir berørt av tiltakene og hvilke effekter de ulike interessentene står overfor som følge av bruk e-konsultasjon i fastlegetjenesten på tvers av konseptene (gevinstpotensialet). At e-konsultasjon potensielt har positive virkninger for fastlegetjenesten, er en forutsetning for å gå videre med tiltak for å utbre bruken av e-konsultasjon. Dersom e-konsultasjon uavhengig av måten det tas i bruk på kun har negative effekter, bør ikke tiltak for å utbre bruken anbefales. Identifiserte interessenter og virkninger er beskrevet i kapittel 8.1.
- Neste steg har vært å analysere virkningene av ulike tiltak for tilrettelegging for e-konsultasjon (konsept 1 og 2) i fastlegetjenesten. De ulike konseptene vil gi raskere økning i andel e-konsultasjon avhengig av hvor omfattende tiltakene er. Ulik utvikling i bruken påvirker igjen når effektene av e-konsultasjon oppstår. De ulike konseptene og valg av tiltak har også andre virkninger utover å gi raskere økning i andelen e-konsultasjon. Dette er kostnader ved tiltakene, samt noen ytterligere gevinster som forbedret brukeropplevelse, effekter for fysisk og psykisk helse gjennom bedre tilgjengelighet, og effekter for innovasjon og næringsutvikling. Kostnadsvirkningene av konseptene analyseres i kapittel 8.2.2. Kostnadsvirkningene er sammenstilt i kapittel 8.2.3, hvor budsjettkonsekvensene for berørte aktører vises.
- Til slutt har vi foretatt en samlet analyse av hvordan tiltakene for tilrettelegging for e-konsultasjon basert på momentene over. Vi gir en anbefaling om valg av tiltak basert på hva som realiserer høyeste netto samfunnsnytte. Samlet analyse er oppsummert i kapittel 8.3.

Analysene er utdypet i vedlegg 12.4 i denne rapporten.

8.1 Identifiserte interessenter og effekter av bruk av e-konsultasjon

Ved analyser av digitale helsetiltak, må det vurderes hvilke konsekvenser bruk av e-konsultasjon kan ha for innbyggere, for helseaktører og for samfunnet for øvrig. I dette tilfellet er innbyggere listeinnbyggerer som bruker fastlegetjenesten og deres pårørende. Helseaktørene er først og fremst fastlegene og legevaktlegene, men også andre behandlere som samhandler digitalt med fastlegen og legevaktlegen. Samfunnet for øvrig omfatter øvrige interessenter som berøres av tiltaket. Her inkluderes det næringsaktører som leverer utvikling og tjenester, staten i kraft av å finansiere helsetjenestene, samt befolkningen.

Økt bruk av e-konsultasjoner har noen positive og noen negative konsekvenser. Positive konsekvenser oppstår når fastlegene tar e-konsultasjon i bruk i dialogen med pasientene for å besvare medisinske problemstillinger, når det ikke er nødvendig med grundig visuell og fysisk undersøkelse eller prøvetakning. Negative konsekvenser kan derimot oppstå dersom e-konsultasjon også brukes i tilfeller hvor kommunikasjon på avstand ikke er tilstrekkelig. Man kan motvirke at slike situasjoner oppstår, men man kan ikke helt utelukke at de vil forekomme.

Effektene er identifisert ved forskjellige metoder. Dette omfatter kunnskapsoppsummering av eksisterende litteratur om effekter av e-konsultasjon, dybdeintervjuer med fastleger som bruker e-konsultasjon, workshop med interessenter, og erfaringer fra Sverige og andre land hvor e-konsultasjon er i bruk.

Effektene som oppstår som følge av at man tar i bruk e-konsultasjoner i økt grad, kan deles inn i noen grupper, vist i tabellen under. Kolonnen helt til høyre viser hvordan vi har vurdert disse virkninger i analysen.

Tabell 8-1: Effektoversikt

Interessent	Samfunnseffekt	Årsak	Vurdering
Fastlegetjenesten	Effektiv ressursbruk	Redusert tidsbruk for e-konsultasjoner sammenliknet med fysiske, færre telefoner og fysiske oppmøter.	Delvis prissatt
Brukere av fastlegetjenesten (listeinnbyggere)	Redusert tidsbruk og reisekostnader	Redusert bruk av fritid og arbeidstid, samt kostnader for reise til fastlegekontor.	Prissatt
	Bedre brukeropplevelse	Opplevelse av at fastlegen er mer tilgjengelig, med flere kanaler tilpasset pasientens behov	Kvalitativ vurdering
	Bedre fysisk og psykisk helse	Som følge av riktigere og raskere behandling	Kvalitativ vurdering
Samfunnet for øvrig	Økt innovasjon og næringsutvikling	Raskere digitalisering av sentrale samfunnsområder	Kvalitativ vurdering
	Økte kostnader ved fastlegeordningen	Økte kostnader til finansiering av fastlegeordningen på grunn av økt etterspørsel, eller vridninger mellom pasientgrupper	Prissatt

8.2 Virkningen av konseptene

I dette delkapitlet analyseres virkningene av ulike tiltak for tilrettelegging for e-konsultasjon (konsept 1 og 2, omtalt i kapittel 6.6) i fastlegetjenesten. Konseptene gir i hovedsak tre virkninger:

- De ulike konseptene gir raskere økning i andelen e-konsultasjon av totalt antall konsultasjoner avhengig av hvor sterkt tiltakene påvirker adferd og intensiver hos de berørte aktørene. Ulik utviklingsbane for andelen e-konsultasjon påvirker igjen når effektene av e-konsultasjon inntreffer.
- De ulike konseptene innebærer tiltakskostnader som varierer avhengig av hvilke tiltak som legges til grunn i konseptene.
- De ulike konseptene innebærer noen øvrige virkninger ut over økt andel e-konsultasjoner og tiltakskostnader.

Disse punktene gjennomgås i det følgende.

Raskere økning i andelen e-konsultasjon

E-konsultasjon er allerede tatt i bruk av flere og har hatt en rask vekst, men antallet e-konsultasjoner er fortsatt på et lavt nivå sammenliknet med totalt antall konsultasjoner. Formålet med tiltakene og en eventuell lovregulering, er å påvirke utviklingsbanen for e-

konsultasjon som andel av totalt antall konsultasjoner. Dersom det iverksettes tiltak for å forsterke veksten i andel e-konsultasjoner, vil nytten og kostnadene ved e-konsultasjon oppstå raskere enn i nullalternativet. Nytte og kostnader som oppstår raskere tillegges større vekt i en samfunnsøkonomisk vurdering. Nedenfor viser vi hvordan vi har lagt til grunn at utviklingsbanene påvirkes som følge av konseptene og tiltakene, for deretter å vise hvordan effektene av e-konsultasjon dermed varierer mellom konseptene.

Nullalternativet

Å fortsette som før innebærer at det verken innføres forskriftskrav om at fastleger skal tilby videokonsultasjon, eller at det iverksettes rettede tiltak fra myndighetene for å bidra til økt bruk av videokonsultasjoner i fastlegeordningen.

Nullalternativet består i korte trekk av:

- Støtte seg på eksisterende forskrifter og normerende dokumenter.
- Følge opp fastlegeordningen i rollen som fagmyndighet, ved å sette rammer for bruken av e-konsultasjon.
- La markedet utvikle seg uten særskilte tiltak.

En videreføring av dagens situasjon medfører at enkelte fastleger og fastlegekontor vil innføre bruk av videokonsultasjoner på eget initiativ. De legene dette gjelder høster de «lavest hengende fruktene», som gir den største mulige observerbare gevinsten til lavest mulig kostnad. Dermed vil det høyst sannsynlig være positive samfunnsøkonomiske virkninger av økt bruk av videokonsultasjon i Konsept 0. Det vil antakelig være en utviklingsbane hvor potensialet for hvor mange av de fysiske konsultasjonene som kan erstattes av videokonsultasjoner oppnås langsomt. Det vil kun i begrenset omfang eksistere et tilbud gjennom fastlegeordningen hvor listeinnbyggeren kan initiere videokonsultasjoner. Det er i all hovedsak fastlegene som initierer konsultasjonene. Tilbudet er svært ulikt avhengig av hvilken fastlegeliste man tilhører- og det vil troligvis bli geografiske forskjeller.

Etterspørselen etter digitale legetjenester vil fortsette å vokse, noe som fortsatt i stor grad vil betjenes av private tilbydere av digitale legetjenester. Det vil dermed sannsynlig kunne skje en svekkelse av relasjonen mellom pasient og fastlege, og med gradvis svekkelse av fastlegeordningen sin rolle i helsetilbudet mot innbyggerne. Det er en stor diskusjon rundt konsekvensene dette eventuelt vil kunne ha, som det ikke er rom for å grundig inn i her.

Videreutvikling av retningslinjer og håndbøker for digital dialog i et begrenset omfang vil være aktuelt i dette konseptet. En videreføring av dagens situasjon forutsetter i alle tilfeller at eksisterende faglige standarder og retningslinjer følges, men det kan være vanskelig for myndighetene å holde oversikt over bruken og sørge for en standardisert utforming av tilbudet ved fravær av andre tiltak.

Økt andel e-konsultasjon som følge av konseptene og tiltak

Konseptene innebærer ulike tiltak for tilrettelegging for e-konsultasjon, som har virkning på hvor raskt e-konsultasjon tas i bruk i fastlegetjenesten. Konseptene gir dermed hver sin utviklingsbane for andel e-konsultasjon av totalt antall konsultasjoner i tillegg til nullalternativet.

I tabellen under har vi vist hvordan vi har lagt til grunn utviklingsbanen for de ulike alternativene. Prosentene angir i hvilken grad e-konsultasjon er tatt i bruk blant fastleger, representert ved andelen e-konsultasjon av totalt antall konsultasjoner for alle fastleger.

Utviklingsbanen representerer dermed en gradvis oppnåelse av 30 % andel e-konsultasjon, som vi har som hypotese at det er realistisk å oppnå.

Estimat for 2018 er at 1,6 % av alle konsultasjoner er e-konsultasjoner. Årsveksten i e-konsultasjoner har de siste årene vært svært høy, omtrent 150 % årlig vekst.⁷⁶ Det kan antakeligvis antas at en liknende prosentvis vekst kan observeres de nærmeste årene, men at den gradvis vil avta etter hvert som flere fastleger tar i bruk e-konsultasjon. Andelen e-konsultasjon i tabellen er beregnet med dette som utgangspunkt, en svært høy vekst i begynnelsen, som deretter avtar. Dette antar vi også i nullalternativet. I konseptet med forskriftskrav og økonomiske virkemidler antar vi at den høye veksten opprettholdes når forskriftskravet begynner å gjelde, og at nær 30 % andel e-konsultasjon derfor realiseres raskt.

Det er stor usikkerhet om utviklingsbanen for andel e-konsultasjon, både i nullalternativet og i alternativene med inn gripen. Forutsetningene som er valgt for analysen av konsekvenser er ikke ment å gi noen føringer for myndighetenes policy knyttet til innføring og mål om e-konsultasjon, men derimot å vise et mulig utfall blant flere andre mulige utfall. Det blir derfor også usikkerhet omkring effektene som er beregnet.

Konsekvensen av å forutsette en lavere andel e-konsultasjon vil være at nyttevirkningene og en stor del av kostnadene blir skalert ned.

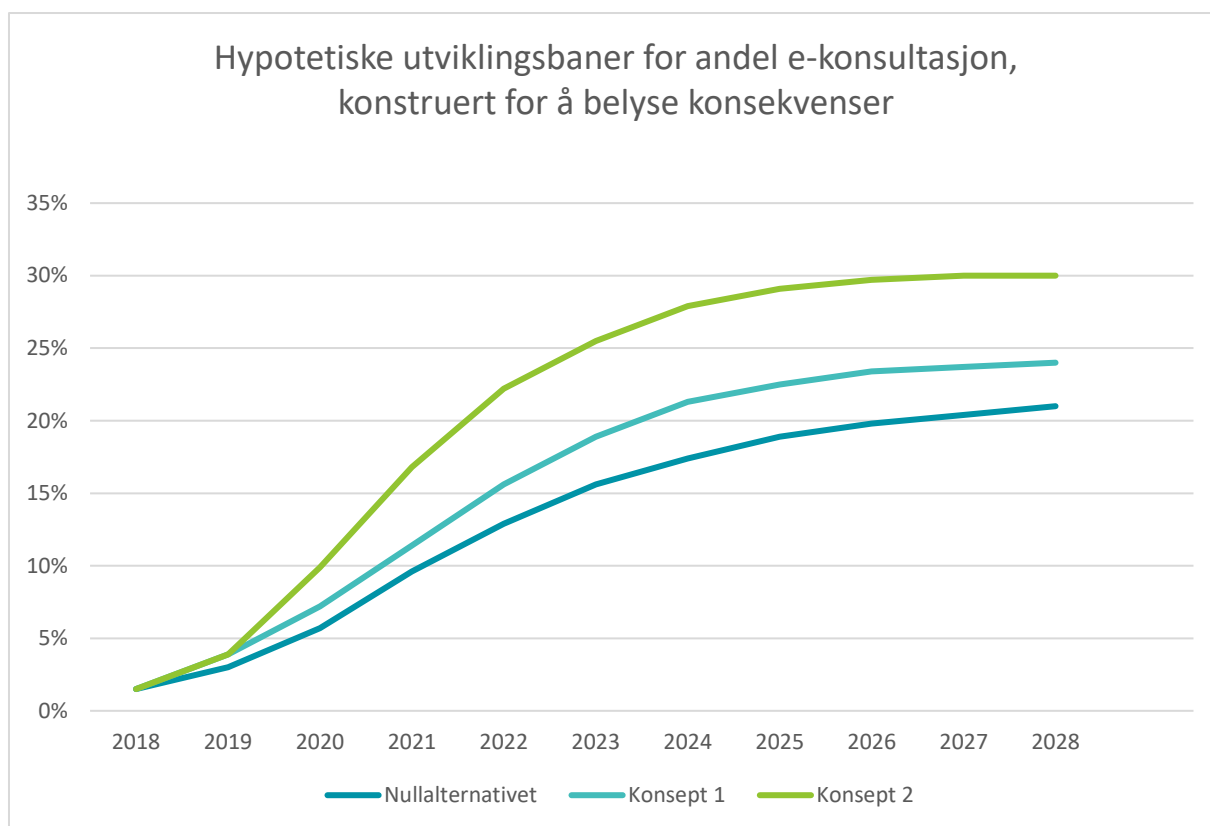
Tabell 8-2: Andel e-konsultasjon av totalt antall konsultasjoner lagt til grunn i analysen.

Hypotetisk andel e-konsultasjon	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Null-alternativet	2 %	3 %	6 %	10 %	13 %	16 %	17 %	19 %	20 %	20 %	21 %
Konsept 1	2 %	4 %	7 %	11 %	16 %	19 %	21 %	23 %	23 %	24 %	24 %
Konsept 2	2 %	4 %	10 %	17 %	22 %	26 %	28 %	29 %	30 %	30 %	30 %

NB! Disse andelene er hypoteser om andel e-konsultasjon av totalt antall konsultasjoner, og uttrykker ikke noen spesifikk målsetning om hvor raskt e-konsultasjon kan tas i bruk.

Grafisk kan denne utviklingen illustreres som i figur 8-1. I 2019 antar vi at enkelte av tiltakene i konsept 1 og 2 begynner å få effekt, spesielt de normerende, organisatoriske og pedagogiske tiltakene, derfor ligger utviklingsbanen noe høyere i 2019 i konsept 1 og 2 enn i nullalternativet. Det er først i 2020 at tiltakene som er inkludert i konsept 2, men ikke i konsept 1, vil iverksettes, herunder tilskuddsordning og kunngjøring av forskriftskrav. Derfor er utviklingsbanen lik for konsept 1 og 2 i 2019, mens den er forskjellig fra 2020 og ut.

⁷⁶ KUHR-databasen. Helsedirektoratet 2018



Figur 8-1: Hypotetiske utviklingsbaner for andel e-konsultasjoner av totalt antall konsultasjoner i nullalternativet og konseptene

Tallfesting av virkninger som følge av økt andel e-konsultasjon

Flere av virkningene ved økt bruk av e-konsultasjon avhenger av hvor raskt e-konsultasjon blir innført i fastlegetjenesten. I denne analysen har vi forutsatt at e-konsultasjon blir tatt i bruk i noen grad også dersom tiltak ikke blir gjort, i nullalternativet. Effektene oppstår dersom som følge av en forsering av utviklingsbanen for andel e-konsultasjon, men også gjennom en høyere andel e-konsultasjoner i konsept 1 og 2 i slutten av analyseperioden.

En følge av antakelsene vi har gjort om utviklingsbanene for andel e-konsultasjon, er at det vil fortsette å være en høyere andel e-konsultasjon også etter analyseperiodens slutt, dersom det blir gjennomført tiltak enn dersom man velger nullalternativet. Derfor må man også anta at det fortsatt er betydelige effekter av tiltakene etter perioden vi har analysert. Strengt tatt burde disse effektene også vært medregnet, enten i form av en restverdi av tiltakseffektene, eller gjennom å ha en lengre analyseperiode. Imidlertid anser vi det for å være så stor usikkerhet om effektene av tiltakene etter at det har gått ti år, slik at vi har utelatt disse effektene i beregningen. Det er ingenting som tyder på at effektene vil bli kvalitativt annerledes etter 2028, slik at en medregning av effekter etter dette året ville medført en skalering av effektene som er beregnet. Fortegnet på den beregnede lønnsomheten ville derfor ikke bli endret.

Redusert tidsbruk for innbyggerne

Redusert tidsbruk for innbyggere følger av at fysiske konsultasjoner erstattes av e-konsultasjoner. Gevinsten oppstår ved at pasientene får redusert reisetid og ventetid ved

konsultasjonene. I noen grad kan det også oppstå en tidsgevinst gjennom mindre ventetid ved telefonhenvendelser i forkant av konsultasjon.

Det er vår vurdering at et sannsynlig, og konservativt, anslag er 30 min spart tid per konsultasjon i gjennomsnitt. Det er lite erfaringsgrunnlag å støtte seg på ved en vurdering av hva som er gjennomsnittlig reisetid. Helsedir har utviklet en tjeneste⁷⁷ hvor reisevei til akutte tjenester og helsetjenester kan beregnes for hver kommune, og den kommer fram til en median reisetid for hele landet på knappe 1,5 minutter. Denne beregningen baserer seg antakeligvis på grove beregninger basert på postnummer, og med reisevei til det nærmeste fastlegekontoret. Dette anslaget er dermed sannsynligvis for lavt. En undersøkelse av reisetid til primærlege utført i USA kom fram til en gjennomsnittlig reisetid på 37 minutter.⁷⁸

Det har blitt gjort en undersøkelse av median reisetid til legevakt i Norge publisert i Tidsskriftet for den norske legeforening⁷⁹, som viste at median reisetid til legevakt var 22 minutter. Dette tilsier en total reisetid på 44 minutter tur/retur. Reisetid til fastlegekontor kan være forskjellig fra reisetid til legevakt, ettersom innbyggerne i større grad kan velge fastlege som ligger i større nærhet til hjem eller jobb.

Derfor regner vi det ikke for urimelig at 30 minutter er en gjennomsnittlig reisetid ved besøk hos fastlegen. I tillegg kommer ventetid før timen, men det kan ikke utelukkes at e-konsultasjoner (video) også medfører en viss ventetid.

Tiden som spares er verdsatt basert på en antakelse om at fritid på marginen er like høyt verdsatt som netto arbeidsinntekt for en arbeidstime. Vi har som et anslag brukt en verdi på 140 kroner per sparte time.

Tidsbesparelsen beregnes for hver fysiske konsultasjon som blir erstattet av en videokonsultasjon. Vi utelater tidsbesparelsen som følge av at e-konsultasjoner tar noe kortere tid enn fysiske konsultasjoner, da denne besparelsen veies opp av at det gjennomføres flere konsultasjoner, til noenlunde den samme tidsbruken.

Dette gir gevinster av alternativene sammenlignet med nullalternativet (mill. kr) som vist i Tabell 8-3.

Tabell 8-3: Redusert tidsbruk som følge av økt andel e-konsultasjon, relativt til nullalternativet, mill. kr.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	6	10	12	19	24	28	27	27	25	24
Konsept 2	6	29	50	65	71	77	76	75	74	71

⁷⁷ Reisetid- akuttjenester i Norge. Helsedirektoratet 2018

⁷⁸ Betale med tid. Tidsskriftet den norske legeforening 2016

⁷⁹ Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskriftet den norske legeforening 2014

Reduserte transportkostnader

Når fysiske konsultasjoner erstattes av e-konsultasjoner, vil innbyggerne i tillegg til spart tid spare transportkostnader. Dette gjelder utgifter til drivstoff og kjøretøyslitasje, eventuelt billetter til offentlig transport. Med færre reiser vil samfunnet også få mindre slitasje av infrastruktur, færre trafikkulykker, mindre trafikkstøy og mindre utslipp. Størrelsen på transportkostnaden avhenger av hvor langt man må reise til konsultasjonen. For noen konsultasjoner er dette snakk om reiser på flere hundre kilometer, mens mange reiser er i nærmiljøet. Vi har i beregningen lagt til grunn at gjennomsnittlig spart transportkostnad er 50 kr per konsultasjon. En undersøkelse av reiselengde til legevakt i Norge⁸⁰ viste at median reiselengde var 19 kilometer. Vi vurderer det som rimelig at reiselengde til fastlege antakelig er noe kortere i gjennomsnitt. Man kan operere med en kilometersats for å beregne en sannsynlig reisekostnad. Standardsatsen for refusjon av reisekostnad for pasientreiser er 2,4 kroner per kilometer, mens statens kilometergodtgjørelse for bruk av egen bil er 3,9 kroner per kilometer. Det bør også tas hensyn til at reiser til fastlege fordeler seg på ulike transportmidler, herunder til fots, sykkel, bil, kollektivtransport, ferge eller drosje, slik at kostnaden vil variere betydelig fra person til person. Det er derfor stor usikkerhet rundt den virkelige gjennomsnittlige reisekostnaden, og det er derfor grunn til å legge til grunn et konservativt anslag.

Med samme forutsetninger om antall e-konsultasjoner og utviklingsbane for andel e-konsultasjon som for redusert tidsbruk for innbyggerne gir dette følgende gevinster av alternativene sammenlignet med nullalternativet (mill. kr):

Tabell 8-4: Reduserte transportkostnader som følge av økt andel av e-konsultasjon, relativt til nullalternativet, mill. kr.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	4	7	9	13	16	19	18	18	17	16
Konsept 2	4	20	35	45	49	52	51	50	49	47

Endret inntekt for fastlegene ved økt konsultasjonsvolum

I modellen vår kan e-konsultasjoner gjennomføres med mindre tidsbruk enn fysiske konsultasjoner (se vedlegg 12.4 for beskrivelse av antatt tidsbruk). Dette beror på flere forutsetninger enn at fastlegene gjennomfører flere e-konsultasjoner istedenfor fysiske konsultasjoner. For å utnytte effektivitetspotensialet som e-konsultasjoner gir er det antakelig også nødvendig for fastlegene å gjøre organisatoriske grep i hvordan arbeidsdagen legges opp, og arbeidsflyten på fastlegekontorene for øvrig. Det kan f.eks. være hensiktsmessig for fastlegene å sette av tidsblokker i timeboka hvor det åpnes for e-konsultasjoner. Dette gir

⁸⁰ Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskriftet den norske legeforening 2014

fordeler ved at man får færre modus-skift hvor man går fra å bruke e-konsultasjoner til å gjøre annet arbeid.

Vi antar også at etterspørselen etter konsultasjoner totalt sett vil øke, på grunn av lavere terskel for innbyggere til å bestille e-konsultasjoner, samt at fastlegene får noe økt kapasitet.

En parallell til denne antakelsen er at utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging i regi av nasjonalt velferdsteknologiprogram 2015-2018 viste signifikant økning i antall kontakter til fastleger. Det er uklart om et økt konsultasjonsvolum betyr at man går nærmere eller lengre vekk fra det «optimale» nivået på konsultasjoner. Dette avhenger av om det er et underforbruk eller overforbruk i dag. Det kan være at det er flere kronisk multisyke som er underbehandlet, eller at innbyggere «sykeliggjøres» og overbehandles.

Økt antall konsultasjoner gir fastlegene mer i inntekt, gjennom høyere refusjon og egenandeler. Vi har for enkelhets skyld antatt at videokonsultasjoner gir den samme taksten som en fysisk konsultasjon. Dette er ikke tilfelle i dag, ettersom fysiske konsultasjoner tillater flere takstkombinasjoner enn e-konsultasjoner gjør⁸¹. Vi har imidlertid andre steder i utredningen tatt til orde for at takstene for fysiske og videokonsultasjoner bør samordnes i større grad. Kombinert med at vi antar at en begrenset del av de fysiske konsultasjonene vil kunne erstattes av videokonsultasjoner, og at det ikke er alle blant disse hvor det er anledning for å bruke tilleggskostnader, regner vi et liknende takstnivå for en rimelig antakelse. For tekstkonsultasjoner antar vi en noe lavere takst, tilsvarende taksten for e-konsultasjon uten noen tilleggskostnader.

Økte takster gir overføringer til fastlegene per år som vist i Tabell 8-5, sammenliknet med nullalternativet, i millioner kroner

Tabell 8-5: Endret overføring til fastlegene som følge av økt konsultasjonsvolum, relativt til nullalternativet, mill. kr.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	11	18	22	34	42	50	46	47	43	40
Konsept 2	11	51	89	116	125	134	131	129	126	119

Kostnader for innbyggerne til egenandeler på grunn av økt konsultasjonsvolum

Økt konsultasjonsvolum gjør at innbyggere må betale mer i egenandel. Innbyggere betaler ikke egenandeler for alle konsultasjonene, på grunn av frikortordningen. Dersom en persons utgifter til egenandeler overstiger 2 258 kroner (2018), får man fritak for egenandeler. Statistikk fra NAV tyder på at ca. 40 % av egenandelene blir refundert på grunn av at

⁸¹ Vi har lagt til grunn 2ad og 2dd for fysiske konsultasjoner, 2ae og 2dd for videokonsultasjoner og 2ae for tekstkonsultasjoner, fra Normaltariff for fastleger og legevakt 2018-2019

pasienten har frikort eller er unntatt egenandel (under 12 år, gravide og yrkesskadde)⁸². Vi har derfor kun regnet med at innbyggerne betaler 60 prosent av egenandelene, mens resten refunderes av Helfo, i tillegg til den ordinære refusjonen.

Tabell 8-6: Økt egenandel for innbyggere som følge av økt konsultasjonsvolum, relativt til nullalternativet, mill. kr.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	6	10	12	19	23	27	26	26	24	22
Konsept 2	6	28	49	64	69	74	72	71	70	66

Økt refusjon fra HELFO på grunn av økt konsultasjonsvolum

Økt antall konsultasjoner gjør at samlet refusjonsbeløp fra Helfo øker. Kostnaden for Helfo balanseres av at fastlegene får økt inntekt. I tillegg til den ordinære refusjonen har vi medregnet 40 % av egenandelene, siden disse kommer inn under ordningen med frikort, og derfor også refunderes av Helfo.

På grunn av at refusjonen finansieres fra offentlige budsjetter medfører dette imidlertid en skattefinansieringskostnad, som det er vanlig å inkludere i samfunnsøkonomiske analyser. Denne kostnaden er inkludert i beregningene av de samlede virkningene i kapittel 8.3.

Tabell 8-7: Økt refusjon fra Helfo som følge av økt konsultasjonsvolum, relativt til nullalternativet, mill. kr.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	5	8	10	15	19	22	21	21	19	18
Konsept 2	5	23	40	52	56	60	59	58	57	54

Kostnader for fastlegene for innføring av e-konsultasjon i praksisen

For at fastleger skal ha mulighet til å gjennomføre e-konsultasjoner med pasienter er det nødvendig at de har egnet programvare, utstyr og infrastruktur. Dette medfører kostnader som i utgangspunktet fastlegene selv dekker. Dersom e-helseforvaltningen gjennomfører et av konseptene kan deler av disse kostnadene isteden bli dekket av tilskuddsmidler eller av at e-helseforvaltningen foretar investeringer.

⁸² Hva foregår på legekantorene? Ny statistikk fra NAV. NAV 2007. Figur 2.

Kostnadene består av utstyr for videosamtaler (webkamera, widescreen-skjerm), samt lisenser til leverandører av programvare for e-konsultasjon. Det vil antakeligvis også komme en kostnad for økt databruk/bredbånd for fastlegene.

Kostnader til bredbånd/databruk forutsettes å ha minimal betydning. Rundt halvparten av fastlegekontorene antas å ha moderne infrastruktur for nettilkobling (fiber, m.m.), mens resten har xDSL-tilkobling (kopperlinje), som potensielt gir for lite båndbredde til å håndtere flere samtidige videooverføringer. Det er imidlertid mulig å få god videokvalitet også gjennom mobilt 4G-nett, og kvaliteten på videooverføringen avhenger også av andre ting enn båndbredden, blant annet signalstyrken.

Vi har lagt til grunn følgende kostnader per fastlege som innfører e-konsultasjoner

Tabell 8-8: Innførings- og lisenskostnader for fastlegene

	Investeringskostnad	Årlig kostnad
Utstyr for videosamtaler	3000 kr	
Lisenskostnader for programvare		12 000 kr

Summert opp til totalt antall fastleger i Norge, med utviklingsbanene vi har antatt, gir dette en kostnad per år som vist i tabellen, i millioner kroner. Kostnaden er angitt relativt til nullalternativet, siden fastlegene også vil ha kostnader til innføring dersom ingen tiltak gjennomføres.

Tabell 8-9: Innførings- og lisenskostnader for fastleger, relativt til nullalternativet, mill. kr.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	2,2	3,2	4	6	7	8	7	8	7	6
Konsept 2	2,2	9,8	16	20	20	22	21	21	20	19

Kvalitative virkninger av økt bruk av e-konsultasjon

Enkelte virkninger av at e-konsultasjon i økt grad tas i bruk i fastlegetjenesten kan ikke tallfestes lik de som allerede er drøftet, fordi det ikke er mulig å sette en pris på de godene

som oppstår. Disse virkningene er behandlet ved hjelp av pluss-minus-metoden for ikke-prissatte virkninger, som er beskrevet i DFØs veileder for samfunnsøkonomiske analyser⁸³.

Metoden innebærer å vurdere virkningsområdets betydning for samfunnet (liten, middels eller stor), og deretter vurdere hvilket omfang virkningen av tiltaket har på området (stort positivt til stort negativt). Dette resulterer i en vurdering bestående av mellom 4 minustegn, for mest negative virkning, til 4 plusstegn, for mest positive virkning.

Virkningene vurderes relativt til nullalternativet.

Tabell 8-10: Metode for kvalitativ vurdering av ikke-prissatte virkninger

Betydning	Liten	Middels	Stor
Omfang			
Stort positivt	+ / ++	++ / +++	+++ / ++++
Middels positivt	0 / +	++	++ / +++
Litt positivt	0	0 / +	+ / ++
Intet	0	0	0
Lite negativt	0	0 / -	- / --
Middels negativt	0 / -	- / --	-- / ---
Stort negativt	- / --	-- / ---	--- / ----

Bedret brukeropplevelse

Økt bruk av e-konsultasjoner antas å gi innbyggerne bedre opplevelse av hvordan helsetjenesten ivaretar brukerne. Dette i form av trygghet for at man får riktig behandling, servicenivå og god kommunikasjon/informasjon. Gevinsten retter seg både mot pasienten og pårørende. Brukeropplevelsen er en annen effekt enn helseeffekt av behandlingen.

Vi forventer at det er et gevinstpotensial for samfunnet ved bedre opplevelse av helse- og omsorgstjenestene. At innbyggere er fornøyde med de tjenestene som de mottar, bidrar til å skape tillit til helsetjenesten. Det er samtidig flere sentrale helsepolitiske mål om at innbygger skal være i sentrum av behandlingen. Betydningen av en bedre opplevelse av helsetjenesten vurderes derfor som stort. Dette samsvarer med vurderingen av bedre brukeropplevelse i Konseptvalgutredningen (KVU) for én innbygger én journal.

⁸³ Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Direktoratet for økonomistyring 2018

Omfanget av gevinstene beror på at tjenestene blir realisert raskere med iverksettelse av konseptene enn uten tiltak. Utviklingsbanene for andel e-konsultasjon for de ulike konseptene ligger til grunn for vurderingen av virkningens størrelse.

Både konsept 1 og 2 innebærer blant annet å styrke myndighetenes normerende rolle ved å definere standarder og retningslinjer for e-konsultasjon, og fasilitere e-konsultasjon for innbyggeren på helsenorge.no. For innbyggerne betyr dette at man får en mer likeverdig digital helsetjeneste, uavhengig av hvilken fastlege man har. At flere digitale helsetjenester blir tilgjengelig på samme sted vil gi en positiv opplevelse av tjenesten blant brukerne. Dette vil også gi grunnlag for pasienter i større grad kan ta ansvar for egen helse.

Konseptene legger også til rette for en broløsning for fastlegenes samhandling med andre helse-, omsorg- og velferdsaktører, noe som vil kunne styrke pasientenes opplevelse av en sammenhengende helsetjeneste.

Omfanget vurderes som middels positivt i konsept 1 uten forskriftskrav, og stort positivt i konsept 2 med forskriftskrav. Dette gir to plusstegn for konsept uten forskriftskrav og tre plusstegn for konsept med forskriftskrav.

Tabell 8-11: Ikke-prissatt vurdering av opplevelse av helsetjenestene

Alternativvurdering – bedre opplevelse av helsetjenestene	
Vurdering av betydning	Stor
Konsept 1	++
Konsept 2	+++

Bedre fysisk og psykisk helse

Innføring av e-konsultasjoner vil gi økt tilgjengelighet til helsetjenester, og slik sett kunne bidra til å fremme fysisk og psykisk helse. Ved at tjenestene er lett tilgjengelig vil man kunne fange opp pasienter tidligere og iverksette behandling. Dersom man får en liten bedring i fysisk eller psykisk helse hos den enkelte innbygger, vil gevinstene raskt kunne bli store, fordi man når hele populasjonen.

For noen av de svakeste pasientene vil det å erstatte fysiske konsultasjoner med e-konsultasjoner gi en helsegevinst, fordi disse kan bli sykere av selve reisen.

Størrelsen på gevinsten, når den eventuelt inntreffer, og i hvilken form, vurderes å være usikker.

Omfanget av gevinstene beror på at tjenestene blir realisert raskere med iverksettelse av konseptene, enn uten tiltak. Utviklingsbanen for andel e-konsultasjon for de ulike konseptene, ligger til grunn for vurderingen av virkningens størrelse. I tillegg består konseptene av ytterligere tiltak som kan bidra til å forsterke denne effekten.

Det understrekes at vi ikke anser e-konsultasjoner for å gi noen helseeffekt kun ved at de erstatter fysiske konsultasjoner. Konsultasjonsformene skal i prinsippet være likeverdige. Gevinsten kommer som følge av økt tilgjengelighet.

Organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak vil sannsynlig kunne ha effekt på e-konsultasjoner som allerede gjennomføres. Siden det selv ved fravær av tiltak, likevel blir økt bruk av e-konsultasjon blant fastleger,

Gjennomføring av tiltak vil kunne gjøre kvaliteten på e-konsultasjoner som uansett gjennomføres bedre. Konseptene innebærer styrket normering av bruken av e-konsultasjon, veiledning til fastleger og systematisk arbeid med faglig kvalitet. På denne måten vil man antakelig kunne unngå at e-konsultasjon brukes i tilfeller hvor det ikke egner seg, og øker bruken der det egner seg. Styrket datagrunnlag gjennom systematisk innhenting av brukererfaringer og mer detaljering av bruken av e-konsultasjoner i statistikken for takstbruk, vil gjøre at man kan evaluere bruken av e-konsultasjoner i større grad. Tiltakene sørger således for at bruken av e-konsultasjon er faglig forsvarlig, noe som ikke ville vært mulig å sikre i like stor grad i nullalternativet. Gjennom forsterket kvalitet i bruken av e-konsultasjon i fastlegetjenesten vil man indirekte oppnå forbedret psykisk og fysisk helse blant pasientene.

Omfanget av effekten av tiltakene på den fysiske og psykiske helsen vurderes som litt positivt i konsept 1 uten forskriftskrav, fordi det er kun oppnås en begrenset virkning på utviklingsbanen for andel e-konsultasjon, samt at det kun er en begrenset andel av konsultasjonene hos fastlege som gjennomføres som e-konsultasjon, og dermed påvirkes av tiltakene. Konsept 2 med forskriftskrav antas å gi noe mer positiv virkning, ettersom utviklingsbanen har en raskere økning i dette tilfellet.

Tabell 8-12: Ikke-prissatt vurdering av helseeffekt

Alternativvurdering – bedre fysisk og psykisk helse	
Vurdering av betydning	Stor
Konsept 1 uten forskriftskrav	+
Konsept 2 med forskriftskrav	++

Økt innovasjon og næringsutvikling

Tiltaket forventes å gjøre at markedet for digitale helsetjenester kan utvikles raskere, fordi flere leverandører på en enklere måte kan tilknytte EPJ-systemer til grensesnitt på Helsenorge.no, og dermed åpner for at fastlegene som kunder og listeinnbygger kan få tilgang til et utvalg digitale helsetjenester. Leverandørene får definerte grensesnitt og tydeligere signaler om forvaltningens policy. Utviklingen av standardgrensesnitt på Helsenorge.no, vil potensielt gjøre at fastleger får mulighet til å bruke flere systemer med likeverdig funksjonalitet, slik at konkurransen mellom leverandørene øker. Størrelsen på denne effekten er vanskelig å anslå siden den avhenger av størrelsen på leverandørmarkedet, og fremtidig medisinsk og teknologisk utvikling. Direktoratene vurderer imidlertid potensialet til å være stort. Betydningen vurderes til å være middels, ettersom tiltakene har virkning for innovasjon og næringsutvikling innen et avgrenset område, for digitalisering av helsetjenester i fastlegeordningen. Dette er likevel et område med et betydelig potensiale for innovasjon og utvikling.

Tiltakene anses for å ha en viss betydning for innovasjon og næringsutvikling. Det er imidlertid klare tegn til at det allerede foregår en etterspørselsdrevet utvikling innen digitale helsetjenester både gjennom den offentlige helsetjenesten og i private alternativer. Tiltakene

som foreslås i denne utredningen vil antakeligvis forsterke en utvikling som allerede er i gang. Konsept 2 innebærer tilskudd til fastlegene for å ta i bruk digitale verktøy, noe som vil øke etterspørselen etter slike løsninger og antakeligvis støtte opp om utviklingen. Utviklingsbanen for andel e-konsultasjon for de ulike konseptene ligger til grunn for vurderingen av virkningens størrelse. Omfanget vurderes som litt positivt for konseptene uten forskriftskrav, og middels positivt for konseptene med forskriftskrav.

Tabell 8-13: Ikke-prissatt vurdering av næringsutvikling og innovasjon

Alternativvurdering – næringsutvikling og innovasjon	
Vurdering av betydning	Middels
Konsept 1	+
Konsept 2	++

Tiltakskostnader i konseptene

Så langt har vi analysert virkninger av tiltak (konsept 1 og 2) på utviklingsbanen for andel e-konsultasjon og dermed for hvordan effektene av e-konsultasjon realiseres. Konseptene innebærer imidlertid kostnader som vil redusere gevinstene ved tiltakene for økt bruk av e-konsultasjon. Nedenfor gjør vi rede for hvordan vi har vurdert kostnadene i konseptene og tiltakene. Følgende kostnader er identifisert:

- Prosesskostnader knyttet til forskriftsendring
- Kostnader til kjøp og lønn knyttet til investeringer og utvikling
- Forvaltning- og driftskostnader for tekniske systemer
- Kostnader forbundet med organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak

Konsept 2 forutsetter at konsept 1 også gjennomføres, slik at effektene ved konsept 1 også inntreffer dersom konsept 2 velges.

Prosesskostnader knyttet til forskriftsendring

Innføring av et lovkrav knyttet til e-konsultasjon i fastlegetjenesten genererer prosesskostnader. Det er nødvendig med utredning for å innføre en ny eller endret bestemmelse i forskrift eller lov. Mye av denne utredningen vil foregå i Helsedir, eventuelt også med bidrag fra E-helse og Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskriftsendringer trenger ikke behandles av Stortinget. Regjeringen vil kunne sende endringsforslaget på høring, og deretter behandle forslaget.

I kostnadene for forskriftsendringen har vi kun inkludert kostnadene til utredning og utarbeidelse av forslaget. Dette arbeidet er anslått til å kreve 40 % av et årsverk i Helsedir. Årsverkskostnaden er satt til 1 160 000 kroner. Kostnaden vil oppstå i konsept 2 dersom det innføres et slikt krav.

Tabell 8-14: Kostnad ved innføring av forskriftskrav

	Lønn
Prosesskostnad ved innføring av forskriftskrav	0,46

Kostnader til eksterne kjøp knyttet til investeringer og utvikling av grensesnitt på Helsenorge

Økte kostnader til IT-investeringer og utvikling påløper kun dersom det gjennomføres tiltak for å fremme og/eller styre bruken av e-konsultasjon fra forvaltningens side. Dette er elementer i konsept 1, rent konkret utvikling av den felles portalen helsenorge.no for også å støtte e-konsultasjoner for video og bilde. Det er også nødvendig med utvikling for integrasjon med timebok, og etablering av et grensesnitt som skal benyttes til single sign on (SSO).

Det er beregnet 0,5 millioner kroner i kostnader for kjøp av utviklertjenester for å implementere nødvendige endringer i Digital dialog fastlege (DDFL) på Helsenorge.no, og 0,5 millioner kroner til å implementere løsning for Single-sign-on/Security token services (STS), og å gjøre nødvendige endringer.

Kostnaden forekommer i begge konsepter, og det antas at denne utviklingen vil kunne skje i 2019.

Tabell 8-15: Kostnader for utvikling av Helsenorge

	Kjøp
Implementasjon av endringer i DDFL, samt SSO/STS-grensesnitt og endringer	1,0

Forvaltning og driftskostnader for E-helse ved utvikling av grensesnitt for e-konsultasjoner på Helsenorge

Ut over kostnaden for utvikling av grensesnitt kommer det ekstra, årlige kostnader for forvaltning og drift av Helsenorge.no. Det vil også komme enkelte kostnader til test og godkjenning, og innføring av løsningen for e-konsultasjon ut mot leverandørene av EPJ-systemer.

Det er lagt til grunn at den utvidede funksjonaliteten på Helsenorge.no vil medføre et ekstra behov for ca. 0,75 årsverk i E-helse i forvaltning, som er en varig kostnad.

Test og godkjenning av videoløsninger og EPJ-leverandører anslås til å gi en ekstrakostnad tilsvarende 1,0 årsverk hvert år de tre første årene.

For å oppnå samhandling mellom E-helse og EPJ-leverandørene kreves det et innføringsarbeid og en markedsføring av funksjonaliteten som utvikles. Dette anslås å gi en kostnad tilsvarende 1,5 årsverk det første året, samt kjøp på 0,5 millioner kr.

Det er brukt en timekostnad på 1020 kroner, som gir en årsverkskostnad (FTE) på 1,785 millioner kroner.

Tabell 8-16: FDV-kostnader for E-helse, mill. kr.

Forvaltning, drift og vedlikehold	Kjøp	Lønn
Forvaltning av Helsenorge DDFL + STS/SSO		1,34
Test og godkjenning av video og EPJ-leverandører		1,16
Innføring av e-konsultasjon og markedsføring mot EPJ-leverandører	0,5	1,74

Vi har lagt til grunn følgende tidsprofil for FDV-kostnadene, som innebærer en pukkelkostnad i år 1-3.

Tabell 8-17: FDV-kostnader for grensesnitt på Helsenorge

	År 1	År 2	Fra år 3
FDV-kostnader	6,3	3,12	1,34

Kostnader til tjenestekjøp for brotjeneste

I konsept 1 og 2 forutsettes det å etablere en brotjeneste for at helseaktører med ulike programvare med ulike videoprotokoller kan kommunisere på tvers. Det er ikke kjent hva kostnadene for en slik brotjeneste vil være, da det er behov for en grundigere vurdering av behovet og tjenestemodell. Dette er et område som krever en nærmere vurdering, og i samarbeid med relevant aktør, som eksempelvis Norsk helsenett. Tjenesten vil trolig være gjenstand for en anskaffelse.

Tilskuddsordning

For å stimulere til raskere økning i bruken av e-konsultasjoner etableres det en tilskuddsordning for fastleger. Tilskuddsordningen er forutsatt innført i konsept 2. Det foreslås en engangsstønning på 10 000 kroner per fastlege som får tilskudd, og at tilskuddet deles ut til de 1000 første fastlegene som tar løsningene på Helsenorge i bruk. Det er antatt at tilskuddsordningen først vil kunne bli gjeldende fra 2020, fordi det kreves at tilskuddsordningen inkluderes i statsbudsjettet. Dette gir en ramme på 10 millioner kroner i 2020.

I tillegg til selve tilskuddsrammen vil det komme kostnader for etablering av tilskuddsordningen og forvaltning av den. Tilskuddsordningen kan utformes på alternative måter. Måten som antakeligvis gir lavest forvaltningskostnader er å utforme det som en takst på linje med konsultasjonstakstene. Vi har lagt dette til grunn, og har ikke grunnlag for å si nøyaktig hvor stor forvaltningskostnaden vil være.

En tilskuddsordning har positive virkninger i den grad den bidrar til at flere fastleger tar i bruk e-konsultasjon. Tilskudd er imidlertid ikke et treffsikkert virkemiddel for å nå de fastlegene som ikke ville innført e-konsultasjon i fravær av tilskudd. Dermed er det mange fastleger som uansett ville innført e-konsultasjon som mottar tilskudd. Dette kan dermed innebære en unødvendig ressursbruk. Kriteriet for å vurdere om tilskuddsordningen er ønskelig, er om gevinsten av de ekstra fastlegene som innfører e-konsultasjon oppveier kostnadene ved at alle som innfører e-konsultasjon mottar tilskudd.

En tilskuddsordning for fastleger som tar i bruk e-konsultasjon kan imidlertid begrunnes ut fra prinsipielle hensyn, f.eks. ut fra et hensyn til at kostnader som fastlegene får på grunn av et pålegg bør dekkes helt eller delvis av myndighetene.

Kostnader knyttet til organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak

E-helse og Helsedir vil gjennomføre et arbeid med å utvikle normering, faglig veiledning, standarder og krav til løsninger for e-konsultasjon, samt til å gjennomføre organisatoriske tiltak, m.m. Tiltakene er omtalt i kapittel 6.2.

Kostnadene for disse tiltakene er anslått til å være i størrelsesordenen 1 årsverk i E-helse, og 1,5 årsverk i Helsedir, per år. Kostnadene antas å oppstå i 2019 og 2020, og er uttrykk for ekstra ressursinnsats for å etablere e-konsultasjon. Årsverkskostnaden er den samme som vi tidligere har brukt for henholdsvis E-helse og Helsedir.

Tabell 8-18: Tiltakskostnader for normerende tiltak

	Lønn
Organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak i E-helse	1,79
organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak Helsedir	1,74

Kostnader knyttet til gevinstrealisering og etablering av systemer for oppfølging av faglig kvalitet

Det vil gjennomføres ulike tiltak for å sikre at gevinstene av tiltaket realiseres, blant annet gjennom at det legges til rette for at bruken, kvaliteten og gevinstene måles. Det vil være aktuelt å gjennomføre en nullpunktsmåling, og evaluering ved ett eller flere punkter underveis i tiltaksgjennomføringen.

Disse tiltakene er anslått å gi en kostnad tilsvarende 0,5 årsverk i E-helse, samt kjøp av FoU-tjenester for 2,5 millioner kroner i 2020.

Tabell 8-19: Kostnader knyttet til gevinstrealisering og oppfølging

	Kjøp	Lønn
Forarbeid knyttet til gevinstrealisering/evaluering (2019)		0,89
FoU-arbeid knyttet til gevinstrealisering/evaluering (2020)	2,5	

Endringer i stønadsforskriften

Stønadsforskriften som regulerer takster, egenandeler og refusjonsbeløp kan endres for å stimulere fastlegene til økt bruk av e-konsultasjon. Dette kan gjøre på flere måter, men en fellesnevner må være at det gjøres mer økonomisk attraktivt enn i dag å gjennomføre e-konsultasjoner. Dermed vil dette sannsynligvis gi en økt total refusjonskostnad, gjennom at refusjonen for den enkelte e-konsultasjonen økes, samtidig som volumet av e-konsultasjoner øker. I hvilken grad resultatet av dette blir store økninger i totale refusjonskostnader avhenger av forhandlingene mellom partene. Det er derfor begrenset hvilke konklusjoner man kan trekke om konsekvensene av endringer i stønadsforskriften. Det anbefales likevel å gjøre en

gjennomgang av stønadsforskriften med hensikten å sørge for at takstene ikke utgjør en barriere for at flere fastleger skal ta i bruk e-konsultasjon.

Den konkrete kostnaden for å foreta endringene i stønadsforskriften i sentrale systemer er anslått til å være rundt 10 % av et årsverk.

Tabell 8-20: Kostnader ved å endre stønadsforskriften for bedre muligheter til måling

	Lønn
Gjennomgå stønadsforskriften	0,12

Budsjettmessige konsekvenser

Kostnadene som hver for seg er gjennomgått i avsnittene over utgjør til sammen tiltakskostnadene ved å gjennomføre konsept 1 og 2. I tabellene nedenfor er kostnadene sammenstilt for henholdsvis E-helse, Helsedir og andre aktører. Kostnadene er vist for 2019 og 2020. For 2019 må kostnadene dekkes innenfor gjeldende budsjettinnspill, siden de økonomiske rammene for 2019 er lagt på tidspunktet for denne utredningen. Kostnadene som oppstår i 2020, er på den annen side kostnader som kan medføre budsjettkonsekvenser for etatene.

Foruten kostnader for 2019 og 2020 påløper det kostnader til blant annet drift, forvaltning og implementering i årene fra 2021 til 2028, som også er inkludert i neste kapittel, hvor vi vurderer de samlede virkningen av tiltak og utbredelse av e-konsultasjon.

Tabell 8-21: Økonomiske konsekvenser for E-helse konsept 1 og 2

	2019 (må dekkes innenfor gjeldende budsjettinnspill)	2020
Implementering av endringer i DDFL/Helsenorge	1,00	
FDV-kostnader Helsenorge	6,3	3,12
Normering	1,79	1,79
System for gevinstrealisering/kartlegging av brukererfaring/evaluering	0,89	2,50

Tabell 8-22: Økonomiske konsekvenser Helsedir konsept 1 og 2

	2019 (må dekkes innenfor gjeldende budsjettinnspill)	2020
Normerende arbeid/veiledning og tilrettelegging	1,74	1,74
Gjennomgang av stønadsforskriften	0,12	
Økt refusjon pga. flere konsultasjoner	5	8
Konsekvenser som kun oppstår i konsept 2		
Forskriftsarbeid		0,46
Tilskuddsordning		10
Økt refusjon pga. flere konsultasjoner (tillegg)	3	15

Tabell 8-23: Økonomiske konsekvenser for andre aktører i konsept 1 og 2

	2019 (må dekkes innenfor gjeldende budsjettinnspill)	2020
Brotjeneste	Anskaffelse, må utredes i samarbeid, eksempelvis NHN	
Innføringskostnader hos fastlegene	2,2	3,2
Kostnader som kun oppstår i konsept 2		
Innføringskostnader hos fastlegene (tillegg)	1,4	6,3

8.3 Samlet vurdering av tiltak og utbredelse av e-konsultasjon

Konseptene er vurdert å gi opphav til en rekke ulike virkninger. I dette kapittelet gir vi en samlet vurdering av disse virkningene, for å kunne beregne den eventuelle samfunnsøkonomiske lønnsomheten av konseptene. Denne framgår ved å summere gevinster og kostnader år for år, og neddiskontere de årlige summene til nåverdien. Deretter stilles nåverdien opp sammen med vurderingen av ikke-prissatte virkninger, for å gi en samlet vurdering av konsekvensene.

I tabellen under vises summen av prissatte virkninger per år, for hvert konsept. Dette inkluderer både virkninger av raskere økning i utviklingsbanen for andel e-konsultasjon og kostnader ved konseptene. Negative tall innebærer en netto negativ økonomisk virkning, mens positive tall innebærer en netto positiv virkning per år.

Tabell 8-24: Samlede prissatte nytte- og kostnadsvirkninger i konseptene, per år

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	-7	1	12	22	28	33	32	32	30	28
Konsept 2	-8	21	57	79	87	93	93	91	90	86

Et element i de samlede prissatte virkningene er skattefinansieringskostnaden av offentlig finansiert ressursbruk. Denne kostnaden skyldes at offentlig ressursbruk finansieres ved hjelp av skatter, som det antas at gir et effektivitetstap for økonomien. Kostnaden settes rutinemessig til 20 % av utgiftene over offentlige budsjetter. Størrelsen på skattefinansieringskostnaden er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 8-25: Skattefinansieringskostnad

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Konsept 1	3	3	3	3	4	5	4	4	4	4
Konsept 2	3	8	9	11	11	12	12	12	12	11

Samlet gir konseptene virkninger for samfunnet som vist i Tabell 8-26.

Tabell 8-26: Oppsummering av effekter og netto nåverdi

	Konsept 1	Konsept 2
Bedre brukeropplevelse	++	+++
Bedre psykisk og fysisk helse	+	++
Økt innovasjon og næringsutvikling	+	++
Gevinster	266	779
Kostnader til investeringer og utvikling	-2	-5
Forvaltning- og driftskostnader	-74	-159
Skattefinansiering	-31	-81
Netto nåverdi (sum av ovenstående)	160	534
Netto nåverdi ekskl. gevinster for brukere	-107	-245

Netto nåverdi av de prissatte samfunnsøkonomiske virkningene er vist i nest siste rad i tabellen over. Den viser en samfunnsøkonomisk gevinst av de prissatte virkningene på 160 millioner kroner for konsept 1 og 534 millioner kroner for konsept 2 i netto nåverdi. Denne gevinsten består fullt og helt av spart reisetid og redusert reisekostnad for brukere av fastlegetjenesten. De øvrige prissatte virkningene er enten kostnader eller overføringer. Siste rad i tabellen viser netto nåverdi uten gevinstene for brukere, slik at nåverdien heller uttrykker summen av alle kostnadsvirkningene. Den viser en negativ nåverdi fra -107 millioner kroner i konsept 1 til -245 millioner kroner i konsept 2, og er et uttrykk for de samfunnsøkonomiske kostnadene.

Både konsept 1 og konsept 2 er vurdert å medføre positive virkninger ut over de prissatte. De ikke-prissatte virkningene vurderes å være noe mer positive om man velger konsept 2, framfor konsept 1.

Budsjettmessige konsekvenser av tiltakene

I dette avsnittet oppsummeres hvilke budsjettmessige konsekvenser som oppstår som følge av de anbefalte tiltakene. Dette er konsekvenser som er drøftet tidligere i kapittelet om konsekvenser, men de fremstilles samlet her per institusjon.

For E-helse vil det oppstå kostnader forbundet med utvikling av grensesnitt på Helsenorge.no og forvaltning av løsningene, samt kostnader knyttet til organisatoriske og normerende tiltak.

For Helsedir oppstår det kostnader forbundet med organisatoriske og normerende tiltak. I tillegg kommer overføringene til fastlegene i form av engangsstønaden for innføring av e-konsultasjon i 2020, som det antas kan utformes som en engangsstønad gjennom stønadsforskriften.

I tillegg til de direkte kostnadene som oppstår som følge av tiltakene, antas det at tiltakene kan føre til endringer i omfanget av bruken av visse takster i stønadsforskriften. Tiltakene vil også ha en indirekte virkning på den offentlige finansieringen av primærhelsetjenesten. Takstene i stønadsforskriften er også gjenstand for forhandling, slik at det ikke er grunnlag for å si noe om den samlede effekten med sikkerhet på nåværende tidspunkt.

	Konsept 1		Konsept 2	
År	2019	2020	2019	2020
E-helse	10,0	7,4	10,0	7,4
Helsedir	1,9	1,7	1,9	12,2

Fordelingsvirkninger

Tiltak for å øke bruken av e-konsultasjon kan tenkes å medføre fordelingsvirkninger mellom ulike grupper. Innføringen av e-konsultasjoner er forutsatt å øke andelen konsultasjoner som gjennomføres digitalt, og redusere andelen konsultasjoner som gjennomføres fysisk. Dette kan potensielt gi dårligere tilgjengelighet til helsetjenester for pasientgrupper som ikke har forutsetninger for å bruke e-konsultasjon. I gjennomføringen av tiltakene bør det derfor måles

nøye hvordan innføringen av e-konsultasjon påvirker tilgjengeligheten for ulike pasientgrupper. Det finnes virkemidler som kan motvirke uheldige fordelingsvirkninger som dette. E-konsultasjoner er antatt å gi fastlegene effektivitetsgevinster, noe som i prinsippet bør gi muligheter for å også øke tilgjengeligheten for de som ikke kan bruke e-konsultasjon.

Endringer i stønadsforskriften kan medføre vridningseffekter som gjør at noen pasientgrupper prioriteres framfor andre. Slike effekter bør søkes å unngås. Endring av stønadsforskriften bør vurderes nøye ut fra hvilke vridningseffekter de gir.

Oppsummering av økonomiske og administrative virkninger

Vi har gått ut fra at e-konsultasjon kan utgjøre inntil 30 % av konsultasjoner hos fastlege. Vi legger til grunn for beregningene at per lege kan 10 % av konsultasjonene være tekstkonsultasjoner, og 20 % av konsultasjonene være over video.

Tiltakene vurdert i rapporten antas å ha en god effekt på innføringen av e-konsultasjon. Konsept 1, som innebærer tilrettelegging, men ikke forskriftskrav, vurderes å gi en moderat effekt på utviklingsbanen for andel e-konsultasjon. Konsept 2 innebærer forskriftskrav om at fastleger skal være tilgjengelig for pasienten gjennom e-konsultasjon. Kombinert med tilskuddsordningen for de 1000 første fastlegene som tar i bruk løsningene på Helsenorge.no, vil det antakelig medføre at fastlegene raskt tar i bruk e-konsultasjon.

Bruk av e-konsultasjon (video/tekst/bilde) gir etter alt å dømme store tidsgevinster og redusert reisekostnad for brukere/pasienter. Dette som følge av at de slipper å bruke av fritid eller arbeidstid til å reise fysisk til fastlegekontoret. Tiltakene som er vurdert i utredningen er antatt å gi en økt tidsgevinst og kostnadsreduksjon for innbyggerne på til sammen 266 millioner kroner i konsept 1, og 779 millioner kroner i konsept 2, over en tiårsperiode. Det er også positive nyttevirkinger av økt bruk av e-konsultasjon også i fravær av tiltak, men vi har fokusert på virkningene som utløses av tiltakene. Sett sammen med kostnadene ved tiltakene er konsept 1 beregnet å gi en netto nåverdi på 160 millioner kroner, og konsept 2 en netto nåverdi på 534 millioner kroner.

Økt bruk av e-konsultasjoner er også vurdert å gi forbedret brukeropplevelse for brukerne, samt å lede til nyttevirkinger for psykisk og fysisk helse. Tiltakene vurdert i denne utredningen gir positive effekter på disse områdene som følge av at utviklingsbanen for andel e-konsultasjon går raskere, og bruken av e-konsultasjoner foregår mer enhetlig og regulert.

I tillegg til besparelsen for innbyggerne er det et visst potensiale for at e-konsultasjon kan gi effektivitetsgevinster i fastlegeordningen ved at konsultasjoner kan gjennomføres raskere. Det vil gi en effektiv avvikling av konsultasjoner dersom arbeidsdagen blir lagt opp for det. Gevinsten betyr at fastlegen kan være mer tilgjengelig for pasientene, eller at arbeidsbyrden for fastlegen reduseres. Det kan oppstå en større etterspørsel etter konsultasjoner hos fastlege, som følge av at totalkostnaden for brukere blir lavere (her menes det reisekostnad og tidsbruk, egenandeler forutsettes ikke endret). Antakelig medfører bruk av e-konsultasjon derfor gevinster i form av økt tilgjengelighet hos fastlegen, framfor redusert arbeidsbyrde.

Tiltakene som er analysert medfører visse kostnader for forvaltningen, virksomheter og innbyggere. I tillegg er det vurdert at tiltakene vil ha en viss positiv innvirkning på innovasjon og næringsutvikling, som er vurdert som en ikke-prissatt virkning.

Kostnadene for teknisk tilrettelegging og forvaltning i E-helse summerer seg til ca. 6,3 millioner kroner i 2019 og 3,1 millioner kroner i 2020. I tillegg kommer det kostnader til organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak på ca. 2,7 millioner kroner i 2019 og 4,3 millioner kroner i 2020.

Helsedir vil få kostnader knyttet til organisatoriske, normerende og pedagogiske tiltak, anslått til i underkant av 2 millioner kroner i 2019 og 2020. Dersom det innføres et forskriftskrav vil dette medføre kostnader til utarbeidelse av forskriftsendringen, til ca. 0,5 millioner kroner i 2020.

Tilskuddsordningen for å gi insentiver til å innføre e-konsultasjon i praksisen er beregnet til å en ramme på 10 millioner kroner i 2020.

Omlegging av refusjonsordningen for fastleger kan ha konsekvenser for finansieringen av fastlegeordningen, som bør utredes nærmere. En eventuell økt etterspørsel etter konsultasjoner vil også ha betydning for finansieringen av fastlegeordningen. Vi har ikke vurdert hvordan endringer i takstnivåene vil gi vridningseffekter. Basert på dagens takstnivå og en forventet økt etterspørsel etter fastlegetjenester, har vi vurdert at tiltakene vil gi økte refusjonsutgifter på 13 millioner kroner for 2019-2020 i konsept 1, og 28 millioner kroner i konsept 2. Senere i analyseperioden vil kostnadene til økt refusjon bli enda høyere.

På bakgrunn av de samfunnsøkonomiske virkningene anbefales det å gjennomføre konsept 2, hvor forskriftskrav og økonomiske virkemidler er inkludert blant tiltakene. Dersom det av andre grunner ikke er ønskelig å innføre et forskriftskrav anbefales det subsidiært å gjennomføre konsept 1.

9 ANBEFALINGER OG FUNN

Her følger de faglige anbefalingene fra Helsedir og anbefalingene fra E-helse om valg av konsept. Tiltak som ikke anbefales gjennomført er lagt inn som forslag til videre vurdering i delkapittel 9.3 «Veien videre».

Anbefalt løsning er konsept 2 som er en kombinasjon av organisatoriske-, normerende-, og tekniske tiltak gitt i konsept 1, i tillegg til juridiske og økonomiske virkemidler.

Konsept 2 er bedre egnet enn konsept 1 fordi det vurderes at de foreslåtte juridiske og økonomiske virkemidler vil bidra til å:

- Gjøre det mulig å registrere bruk av både tekst- og videokonsultasjon ved å ha to takster.
- Øke anvendelsesområdet til tekst- og videokonsultasjon gitt legen sin vurdering av situasjon, behov og faglig forsvarlighet.
- Sikre raskere innføring og ibruktakelse av e-konsultasjon.
- Sikre at alle innbyggere har tilgang til timebestilling, tekst- og videokonsultasjon fra en felles nettportal, Helsenorge.

Uavhengig av konseptvalg anbefales det å etablere en kommunikasjonsplan og en struktur for gevinstrealisering med tilhørende aktiviteter for å støtte og følge opp utviklingen av og nytteverdien til e-konsultasjoner over tid, jf. kapitler 6.1.1. og 6.1.3.

9.1 Anbefaling om hvilke type konsultasjon og omfang

Anbefaling om hvilke type konsultasjon

Det anbefales at legens vurdering av faglig forsvarlighet skal legges til grunn for valg av type konsultasjon som kan gjennomføres som e-konsultasjon. Det omfatter både video- og tekstbaserte konsultasjoner.

Anbefaling om omfang av konsultasjoner

Omfang for fastlege

Utredningen gir grunnlag for å hevde at tekstkonsultasjon og videokonsultasjon kan utgjøre henholdsvis 10 % og 20 % av alle konsultasjoner hos fastlege. En eventuell økt etterspørsel etter konsultasjoner vil ha betydning for rammen for finansieringen av fastlegeordningen og arbeidsmengden hos fastlegene. Hva som er "rett" nivå på antall fastlegekonsultasjoner og offentlig finansiering av fastlegeordningen må følges med på og vurderes. Det anbefales derfor at omfanget for e-konsultasjoner og konsekvenser av dette bør følges opp systematisk.

Omfang for legevakt

Det anbefales i større grad å benytte e-konsultasjon i legevakt enn det gjøres i dag. Dette på grunn av nytten som spesielt videokonsultasjoner gir for pasient og behandler. En forutsetning er at stønadsforskriften blir tilpasset slik at taksten vil gjelde for helsepersonell i legevakt.

Vi er gjort kjent med positive nytteeffekter ved bruk av e-konsultasjoner i legevakt, da spesielt bruk av video i situasjoner hvor det er lange avstander. Økt bruk av e-konsultasjon for legevakt vil blant annet spare pasient og lege for reisevei, spare samfunnsutgifter og resultere i økt legetilgjengelighet. Siden det er lite kunnskap om bruken anbefaler vi å avvente å åpne for fri benyttelse av e-konsultasjon i legevakt. Den pågående legevakt-piloten vil fortløpende gi oss mer informasjon på feltet.

Det anbefales en grundigere vurdering av innføring av e-konsultasjoner i legevakt, som en egen utredning i oppfølgingen av denne utredningen.

Organisatoriske tiltak

Helsefaglig kvalitetsarbeid

E-konsultasjon er et relativt nytt tjenesteområde, og det er derfor nødvendig å utvide kunnskapsgrunnlaget om disse tjenestene gjennom forskningsrettet arbeid.

Et styrket kunnskapsgrunnlag er viktig for videre utvikling av tjenesteområdet og legenes kvalitetsarbeid. Det vil også støtte kommunene og fastlegene med sin styring, organisering og lovpålagte kvalitetsarbeid, slik at e-konsultasjoner kan benyttes på en hensiktsmessig og forsvarlige måte.

Opplæring og veiledning

Fastleger og annet helsepersonell bør få opplæring og veiledning i beste praksis for e-konsultasjon. Det vil gi støtte og etablere trygghet i bruk av digital dialog med pasienter. Det bør utarbeides veiledere og e-læringskurs med beste praksis innen digital klinisk kommunikasjon. Det anbefales videre at opplæringen inngår i grunn-, videre- og etterutdanningen og i veiledningen i spesialistutdanningen. Kunnskap om ferdigheter i digital dialog, må tas inn i dagens system for opplæring og veiledning i klinisk kommunikasjon.

Samarbeid mellom ulike aktører

Det anbefales at det blir lagt til rette for flerpartsamtaler med flere aktører, for å øke muligheten for dialog mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene, samt andre aktører.

Det anbefales at løsninger for tjenester for bruk av e-konsultasjon mellom ulike aktører, som spesialisthelsetjenesten, omsorgstjenesten og velferdstjenestene for øvrig, vurderes nærmere.

Økonomiske og juridiske virkemidler

Vurdere ulike økonomiske og juridiske virkemidler

Det er behov for å utrede nærmere økonomiske og juridiske virkemidler. Det kan være endringer i Stønadsforskriften som innebærer f.eks. splitting av takst for tekst og video, tillate takst-kombinasjoner, fjerne særkrav i takst og etablering av ny takst som kan utløses en gang. I tillegg kan det også vurderes om det skal etableres en tilskuddsordning for kommunene. Under er ulike finansieringsløsninger skissert. Løsningene kan vurderes for å understøtte bruk av e-konsultasjon på fastlegekontoret og i samarbeid med andre.

- Egne takster for tekstkonsultasjon og videokonsultasjon

Det kan vurderes å skille mellom takst for ulike former for e-konsultasjon (2ae) ved at det etableres egne takster for tekst- og videokonsultasjon. Endringen vil gjøre det mulig å innhente statistikk på bruk av både tekst- og videokonsultasjon. Dette er viktig for at helseforvaltningen skal kunne følge utviklingen av e-konsultasjoner og styrke kunnskapsgrunnlaget over tid.

-Tillate takst-kombinasjoner

Det kan vurderes om takst for tekst- og videokonsultasjon, kan kombineres med flere takster. Det er viktig for leger at tekst- og videokonsultasjon i større grad sidestilles med fysisk konsultasjon. Det vil legge til rette for god utvikling i bruk av e-konsultasjon hos fastleger og legevakt.

-Fjerne særkrav i takst

Kravet i Merknad B9 i stønadsforskriften «*Taksten kan kun kreves ved etablert sykdom/lidelse hos pasienten.*» bør vurderes å fjernes jf. anbefaling i denne rapport. Dette vil innebære at taksten kan benyttes når legen vurderer at tekst- og videokonsultasjon er medisinsk og faglig forsvarlig.

-Fjerne særkrav i takst - Legevakt

Kravet i Merknad B9 i stønadsforskriften «*E-konsultasjon innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasient og hans/hennes fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten.*» kan vurderes å fjernes. Dette innebære at legevakt kan benytte taksten for e-konsultasjon. Hvis e-konsultasjon skal utføres av sykepleier og annet helsepersonell må Lov om folketrygd endres.

-Takst - Spesialisthelsetjenesten

Stønadsforskriften kan vurderes å honorere legens kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne bidra å øke samhandling mellom flere aktører. Det bør vurderes å koordinere ulike finansieringsordninger for fastleger og helseforetak for å øke bruken av digital dialog mellom tjenestenivåene.

-Engangsstøtte gjennom takst som kan utløses en gang

Et tiltak som kan motivere fastlegene til å ta i bruk videoløsninger, er f.eks. at de 1.000 første fastlegene som tar i bruk tekst- og videokonsultasjon, og nettbasert timebestilling på Helsenorge mottar 10.000 kroner, innen utgangen av 2020. Engangstakst for å dekke legenes kostnader kan vurderes. Dette kan være utfordrende, bla fordi det i utgangspunktet ikke er hjemmel til å dekke dette via Stønadsforskriften.

-Engangsstøtte gjennom tilskudd til kommunene

Som et alternativ til takst som utløses en gang, kan det etableres et tilskudd til kommunene. Dette vil innebære opprettelse av en ny tilskuddsordning over statsbudsjettet.

Vurdere krav i forskrift for at fastleger skal tilby e-konsultasjon

Det anbefales at det vurderes å stille krav ved forskrift til at fastlegen skal tilby tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og timebestilling på nett til sine listepasienter gjennom Helsenorge portalen.

Før en beslutning om å gå videre med krav i forskrift er det nødvendig å gjøre en detaljert juridisk vurdering av et krav, spesielt knyttet til konkurranserettslige aspekter ved bruken av Helsenorge som en forutsetning i kravet.

For å ta hensyn til tekniske og praktiske forhold ved innføringen av et slik krav anbefales det at en innføring av et slikt krav finner sted tidligst 1. januar 2021. Det viser her til oppgitt tidsplan under vurdering av konsept 2.

Normerende tiltak

Veiledning med anbefaling om bruk av e-konsultasjon

Det bør utarbeides veiledning med faglige anbefalinger for helse- og omsorgstjenesten. For å utnytte mulighetene som e-konsultasjon gir, må det blant annet defineres veiledere og beste praksis rettet mot systemleverandør, fastlege og innbygger for tekst- og videokonsultasjon og nettbasert timebestilling. Veiledning i god praksis for digital dialog fastlege må oppdateres, slik at den også inkluderer video-konsultasjoner. Teksten om faglig forsvarlighet og juridiske rammer må også fornyes.

Etablere systemkrav til videokonsultasjon

Normens krav til videoløsninger i Faktaark 54 må oppdateres og tilpasses nye tekniske løsninger, i forhold til kryptering, risikovurdering, samtykke og autentisering.

Definere grensesnitt basert på etablerte IKT-standarder

Etablerte standarder bør benyttes for de nye grensesnittene som leverandørene må implementere for å muliggjøre integrasjon med Helsenorge. Det bør utarbeides guider for implementering av grensesnittene til timebok og videoløsninger slik at arbeidet som leverandørene skal utføre forenkles. Grensesnittene bør innrettes for å gi leverandørene forutsigbarhet for tilkobling til fremtidige løsninger.

Etablere test- og godkjenningssprosess for IKT-løsninger

Det bør etableres/videreføres nasjonale test- og godkjenningssprosesser for systemer som skal støtte tjenestene tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og nettbasert timebestilling.

Tekniske tiltak

Etablere grensesnitt på Helsenorge

Det bør etableres og videreutvikles grensesnitt på Helsenorge for DDFL med utvidet funksjonalitet og for å støtte integrering til videoløsninger. I tillegg bør det etableres grensesnitt for tilgangsstyring mot videoløsning, slik at innbyggere kun trenger å logge på én gang for å gjennomføre videokonsultasjon.

Etablere brotjeneste for økt samarbeid på video

Det bør etableres en brotjeneste som kan koble sammen ulike løsninger for videokonsultasjon. Dette kan gjøres gjennom Norsk helsenett SF og vil muliggjøre både én til én-samtaler og flerpartsamtaler, noe som vil gi økt samhandling mellom helse-, omsorgs- og velferdsaktører med ulike videoløsninger. Dette gjelder både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, omsorgstjenester, andre helseaktører og offentlige etater som f.eks. NAV.

Økonomiske konsekvenser

Anbefalt konsept gir en samfunnsøkonomisk gevinst på 534 mill. kroner i netto nåverdi (medregnet nytte og kostnad) mellom 2019-2028. Dette består i hovedsak av redusert tidsbruk og spart reisekostnad for innbyggere. I tillegg vil dette gi bedre brukeropplevelser av helsetjenesten.

Det anbefales å utrede nærmere økonomiske konsekvenser for forvaltningen, innbyggere og fastlegeordningen, på basis av økonomiske og administrative utredninger i denne rapporten.

En videre utredningen må omfatte:

- Ressursbruk for å utrede refusjonsordningen for fastleger.
- Ressursbruk for å utarbeide et eventuelt forskriftskrav.
- Budsjettmessige konsekvenser ved en eventuell tilskuddsordning.
- Kostnader til fastlegepraksisene til utstyr for videosamtale ved eventuelt forskriftskrav. (F.eks. lisens for å benytte programvare for videosamtaler, ekstra kostnader for databruk/båndbredde mm).

9.2 Tidsplan for implementering

Innføring av e-konsultasjon understøttes ved kombinasjon av organisatoriske, normerende, tekniske, juridiske og økonomiske tiltak og virkemidler. Digitalisering medfører nye muligheter for å bruke og organisere helsehjelpen. Teknologien er ikke målet, men kun en underliggende suksessfaktor for implementering.

Implementeringsstrategien legger til grunn kombinasjoner av ulike tiltak og virkemidler. Det har også være nødvendig å forstå behovene til og innhente kunnskap om utviklingen i fastlegevirksomhetene og leverandørmarkedet for å tilpasse konseptene og tidslinjen.

Med utgangspunkt i konsept 2 gis det en tidsplan nedenfor som viser hva som kan oppnås av adaptasjon på kort og lengre sikt:

- **I dag:** E-helse har definert og etablert grensesnitt for tekstkonsultasjon og timebestilling på Helsenorge. Fastlegene kan anskaffe frittstående videosystemer og tilby videokonsultasjon til innbyggerne direkte gjennom disse videosystemene.
- **Første halvår 2019:** E-helse definerer og etablerer grensesnitt for videokonsultasjon og revidert grensesnitt for timebestilling på Helsenorge, og reviderer og utarbeider veiledere, retningslinjer og standarder for e-konsultasjon sammen med Helsedir.
- **2019 og første halvår 2020:** Leverandørene integrerer videosystem med timeboksystem. Leverandørene tilpasser sine grensesnitt for tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og timebestilling mot Helsenorge.
- **Andre halvår 2019 og 2020:** Fastlegene kan tilby nettbasert timebestilling, tekstkonsultasjon og videokonsultasjon på Helsenorge.

- **Tidligst 1. januar 2021:** Myndighetene kan stille krav til at fastlegene skal kunne tilby e-konsultasjon.
- **2019-2020:** E-helse etablerer i samarbeid med Norsk helsenett SF brotjeneste for videosamtaler mellom aktører og tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren.
- **2019-2022:** Leverandørene og helsenorge.no utvikler ny funksjonalitet og integrerer disse i e-konsultasjon, jf. funksjonelt målbilde.

9.3 Veien videre

Det er ikke alle tiltak i kapittel 6 som er gitt som anbefalinger i kapittel 9.1. Noen vurderes å ikke være hensiktsmessige eller nødvendige, mens andre er vurdert å kunne utredes nærmere etter behov. De sistnevnte er gitt i dette delkapitlet.

Organisatoriske endringer på fastlegekontoret

Det kan i et videre arbeid vurderes nærmere om det må gjøres organisatoriske tilpasninger av Fastlegekontoret.

Legevakt

For å øke kunnskapen om videokonsultasjoner hos legevakt, kan dette testes videre ut i legevaktpiloten.

Spesialisthelsetjenesten

Det kan gjøres et videre arbeid for å vurdere nærmere hvordan digital kommunikasjon kan benyttes mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Annet helsepersonell

Det kan vurderes om annet helsepersonell også skal få tilgang til enkelte takster for digital kommunikasjon.

Kunnskapsgrunlaget

Det anbefales å utrede nærmere sentrale problemstillinger som har framkommet gjennom kunnskapsinnhenting.

Digitale helsetjenester for andre enn leger

Kunnskapsgrunlaget viser at det ikke bare er leger som har nytte av digitale tjenester. Det kan derfor også være fornuftig å vurdere bruk av ulike former for digital kommunikasjon (video, tekst etc.) for andre helseaktører slik som sykepleiere, hjemmesykepleiere, psykologer, fysioterapeuter etc.

Her kan det være nyttig å høste erfaring fra utviklingen i prosjektene «Avstandsoppfølging» og «Primærhelseteam». Prosjektet Avstandsoppfølging har erfaring med pasienters bruk av nettbrett i dialog med helsetjenesten. Prosjektet Primærhelseteam planlegger å ta i bruk videoutstyr på alle fastlegekontorene som er med i piloten, dette er helt i oppstartfasen.

Informasjonskanal

Det kan vurderes å etablere en informasjonskanal mellom myndighetene og fastlegene for å nå ut med informasjon om nasjonale løsninger og tjenester, og for å kunne innhente systematisk informasjon om fastlegenes arbeidssituasjon.

Hensikten er å gi mulighet for:

- Opplyse fastleger om relevant informasjon som følge av direkte informasjonskanal
- Tett oppfølging av legenes kompetanseutvikling
- Oppfølging fra myndighetene på kvalitetsarbeid.

Brukerforum

Det kan vurderes å legge til rette for større grad av utveksling av informasjon og erfaringer på regionalt og nasjonalt nivå ved bruk av ulike egnede forum. Danmark har meget gode erfaringer fra dette for å sikre og god forventningsstyring og utvikling av funksjonalitet i tjenester og løsninger fra leverandørmarkedet. I Norge kan man f.eks. bruke erfaringer fra f.eks. praksiskonsulentordningen (PKO).

Etablere løsning for triage og veiledning

For å kunne tilby et fullverdig digitalt tilbud til innbyggerne kan det vurderes å støtte etablering av funksjonalitet som kan veilede innbygger til å velge rett helsehjelp. Det kan f.eks. innebære etablering av et program med spørsmål og kunstig intelligens for å veilede pasient og gi forhåndsinformasjon til behandler før e-konsultasjon starter – eller gi mulighet for kanaliseringen av behov for helsehjelp til selvhjelps- og egenmestringsløsninger.

10 FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES

For å lykkes med at e-konsultasjoner i større grad tas i bruk i henhold til de forventninger som er gitt i dette dokumentet, er det noen forutsetninger som må være tilstede.

Holdningsendring

Det nødvendig at de fleste leger og innbygger blir oppmerksomme på og interessert i å benytte denne type digitale helsetjenester. Pasienter må i tilstrekkelig grad etterspørre e-konsultasjon, samtidig som leger må være interessert i at e-konsultasjon blir en sentral del av tilbudet. Foreslåtte tiltak som kommunikasjonsarbeid, utvikling av beste praksis og opplæring vil bidra til en holdningsendring. Det er likevel usikkerhet knyttet til hvor raskt og i hvilken grad en holdningsendring vil finne sted.

Økonomiske betingelser

De økonomiske betingelsene må understøtte ønsket bruk av e-konsultasjon slik at legene oppfatter at e-konsultasjon som attraktivt sett i forhold til andre konsultasjonsformer.

E-helse og Helsedir har ikke budsjettmessig dekning for disse utgiftene i 2019. Nødvendige midler for 2019 må dekkes inn med friske midler.

Teknisk utvikling

Det forutsettes at leverandørmarkedet opprettholder utviklingen av digitale løsninger som vil bidra til å skape en trygghet blant leger og innbyggere at løsningene er sikre, har god kvalitet og er brukervennlige.

Kommunenes rolle

Kommunene må sørge for gode rammevilkår og godt samarbeid for å sikre at fastlegene i kommunen overholder de fastsatte kvalitets- og funksjonskrav som stilles i fastlegeforskriften.

RHF og helseforetakenes rolle

Ettersom det er flere avhengigheter så forutsettes det at planer og tiltak ved ulike RHF og helseforetak avstemmes med de føringer og tiltak som gis sentralt.

Myndighetenes rolle

Det forutsettes at myndighetene er tydelige i sitt kommunikasjonsarbeid i forhold til forventninger på kort og lengre sikt slik at det skapes stabile betingelser for at markedet kan utvikle seg.

I forhold til likestillingen mellom video- og fysisk konsultasjon, bør myndighetene vurdere implikasjoner som dette har for oppfølging av sykmeldte. Vi viser her til tidligere vurderinger om at tekstkonsultasjon ikke er tilstrekkelig grunnlag for sykmelding etter Folketryktdloven. Det bør vurderes om dette også skal gjelde videokonsultasjon.

11 REFERANSELISTE OG LITTERATURLISTE

11.1 Referanseliste

- Accenture 2017. *Vårt nye digitale Norge. Fremtidige muligheter og hva som kreves for å lykkes med digitalisering av offentlige tjenester.*
https://www.accenture.com/t20170920T205302Z_w_/no-en/acnmedia/PDF-59/Accenture-Digitale-Norge-2.pdf#zoom=50
- Accenture 2018. *Digitale legetimer skyter fart- er det riktig behandling?*
https://www.accenture.com/t20180829T140637Z_w_/no-en/acnmedia/PDF-85/Accenture-Digitale-Legetimer-Skyter-Fart-Report-2018.pdf
- Conferere 2018. *Video og fastlegepraksis.* Presentasjon holdt av Svein Willassen 01.11.2018 hos Direktoratet for e-helse.
- Dagens medicin 2018. *Ingen avlastning trots 300 000 nätbesök*
<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/03/28/ingen-avlastning-trots-300-000-natbesok/>
- Danske regioner 2018. *Trygt, nært og nemt – Regionernes strategi for fremtidens sundhedsvæsen.*
<https://www.regioner.dk/sundhed/tema-et-trygt-naert-og-nemt-sundhedsvaesen>
- Danske regioner 2018. *Digital tilgængelighed 24/7. Notat datert 26-09-2018.*
- Direktoratet for e-helse 2017. *Faktaark 54 om videokonsultasjon.*
<https://ehelse.no/faktaark-54-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse 2017. *Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege.*
<https://ehelse.no/Documents/Digital%20dialog%20fastlege/Veiledning%20i%20god%20praksis%20for%20bruk%20av%20digital%20dialog%20fastlege.pdf>
- Direktoratet for e-helse 2018. *Faktaark 24 – Kommunikasjon over åpne nett.*
<https://ehelse.no/personvern-og-informasjonnssikkerhet/norm-for-informasjonnssikkerhet/normen/faktaark-24-kommunikasjon-over-apne-nett>
- Direktoratet for e-helse 2018. *Bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten.*
<https://ehelse.no/Documents/Normen/Publisering/Normen%205.3.pdf>
- Direktoratet for e-helse 2018. *Veileder video-, lyd og bildeopptak i helse- og omsorgssektoren.* <https://ehelse.no/personvern-og-informasjonnssikkerhet/norm-for-informasjonnssikkerhet/normen/veileder-video-lyd-og-bildeopptak-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Direktoratet for e-helse 2018. *Dybdeintervju gjennomført med fastleger høsten 2018.*
Dybdeintervju av leger i fastlegepraksis og i arbeid hos private aktører som benytter e-konsultasjon – oppsummering. Utført av E-helse i samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) i september og oktober 2018.

- Direktoratet for e-helse 2018. *Videosamtale med Danske regioner 26.10.2018.*
- Direktoratet for økonomistyring 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.*
<https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utredninger/Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf>
- Fastlegeordningen 2.0. 2018. *Trønderoppjøret.* <http://www.flo20.no/>
- Forbrukerrådet 2018. *Digital modenhet ved norske fastlegekontor*
<https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/11/20181012-ke-digital-modenhet-ved-norske-fastlegekontor-rapport.pdf>
- Helsedirektoratet 2001. *I-12/2001 Telemedisin og ansvarsforhold.*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-122001/id108946/>
- Helsedirektoratet 2014. *Digital dialog mellom pasient og fastlege: nåsituasjon. Delleveranse i arbeid med gevinstrealisering.* Helsedirektoratet, dokument 14/520-3
- Helsedirektoratet 2018. *Pilotprosjekt på legevaktfeltet.*
<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/pilotprosjekt-pa-legevaktfeltet#mål-og-målgruppe-for-ordningen>
- Helsedirektoratet 2018. *Workshop 16.oktober 2018 på Gardermoen.*
Helsedirektoratet 2018. *KUHR-databasen.* Søkeord: Fastlegers takstbruk.
<https://helsedirektoratet.no/kuhr-databasen>
- Helsedirektoratet 2018. *Reisetid- akuttjenester i Norge.* <https://reisetid.Helsedir.no/felles>
- Helse Nord. *Høring- Helsetjenester for eldre 2018.*
<https://helse-nord.no/nyheter/horinger/horing-helsetjenester-for-eldre>
- Kapital 2018. *Titusener tar legetimen via mobil.* Publisert 15. november 2018.
- Kaiser Permanente Colorado. *Mobi health news 2018.*
<https://www.mobihealthnews.com/content/kaiser-permanente-colorado-finds-theres-more-telemedicine-video>
- Legeforeningen 2017. *Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner.*
<https://legeforeningen.no/PageFiles/317122/Riktig%20diagnose%20til%20rett%20tid.pdf>
- Legeforeningen 2018. *Gjør kloke valg.* <https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/>
- Lovdata 2000. *Forskrift om pasientjournal.* <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Lovdata 2001. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lovdata 2001. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Lovdata 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lovdata 2012. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene. -*
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften>
- Lovdata 2014. *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>

- Lovdata 2015. *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)*
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>
- Lovdata 2018. *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.* <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-06-29-1153>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2018. *Fastlegers tidsbruk.*
<https://Helsedir.no/Documents/180222%20Rapport%20Fastlegers%20tidsbruk.pdf>
- NAV 2007. *Hva foregår på legekantorene? Ny statistikk fra NAV.*
https://www.nav.no/Forsiden/_attachment/805368917?=true&_ts=116a9ace2a0
- RACGP 2018. *Implementation guidelines for video consultations in general practice.*
<https://www.racgp.org.au/running-a-practice/technology/telehealth/guidelines-and-standards/implementation-guidelines-for-video-consultations>
- Regjeringen 2012. *Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger- én journal.*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Regjeringen 2016. *Utredningsinstruksen.*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>
- Regjeringen 2017. *Digitaliseringsrundskrivet.*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet/id2569983/>
- Regjeringen 2018. *Pasientens netthelsetjeneste.*
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-netthelsetjeneste/id2593164/>
- Socialstyrelsen 2018. *Digitala vårdtjänster riktade till patienter.*
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-15>
- Socialstyrelsen 2018. *Digitala vårdtjänster- Övergripande principer för vård och behandling.*
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-11-2>
- SSB 2018. *Allmennlegetjenesten.* <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>
- Tek.no 2017. *Vi har kjørt nesten 12 000 kilometer og målt 1,1 millioner punkter. Dette er Norges beste 4G-nett.* <https://www.tek.no/artikler/test-den-store-dekningstesten-2017/382426>
- Tek.no 2017. *Norge har fremdeles verdens raskeste mobile bredbånd. Og det ikke-mobile bredbåndet blir også stadig bedre.* <https://www.tek.no/artikler/norge-har-fremdeles-verdens-raskeste-mobile-bredband/414595>
- The Royal Australian College of General Practitioners 2011. *Standards for general practices offering video consultations.*
https://gp2u.com.au/static/documents/RACGP_Standards_for_general_practices_offering_video_consultations.pdf
- Tidsskriftet den norske legeforening 2014. Raknes, G., Morken, T., Hunskår, S.
Reisetid og avstand til norske legevakter.
- Tidsskriftet den norske legeforening 2016. Bringedal, B. *Betale med tid*
- Universitetssykehuset Nord Norge. *DeVaVi 2018.* <http://kurs.helsekompetanse.no/devavi/hea>

11.2 Anbefalt litteratur

Listen nedenfor inneholder relevant litteratur som kan være interessant å lese for å bedre forstå utviklingen innen digitale helsetjenester i Norge og andre land og kan oversendes ved forespørsel.

- Rapport fra Socialstyrelsen: Rapport om digitale vårdtjenester, 2018.11.02
- Rapport fra Socialstyrelsen: Digitala vårdtjänster riktade till patienter, 2018.06.15
- Rapport fra Forbrukerrådet: Digital modenhet ved norske fastlegekontor, 2018.10.12
- Rapport fra Accenture: Digitale legetimer skyter fart – Er det riktig behandling? 2018
- Rapport fra E-helse: Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege, september 2017
- Rapport fra McKinsey & Co: Värdet av digital teknik i den svenska vården, juni 2016
- Rapport fra Helsedirektoratet, Delleveranse i arbeid med gevinstrealisering: Digital dialog mellom pasient og fastlege: nåsituasjon fra 2014

12 VEDLEGG

12.1 Organisering

E-helse (E-helse) og Helsedir (Helsedir) har samarbeidet om utredningen av oppdragene i et felles prosjekt for å svare ut oppdragene i en fells leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Prosjektet har hatt følgende prosjektorganisering

Styringsgruppe og referansegruppe:

- Prosjektet har vært organisert inn under Primærhelseprogrammet i Helsedir og har brukt programmets styringsgruppe og referansegruppe for forankring og overordnede beslutninger.
- Prosjekteier:
 - Helsedir: Per Mikaelson; avdelingsdirektør i Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
 - E-helse: Hilde Lyngstad; Avdelingsdirektør produkt to plan
- Prosjektgruppe
 - Jon-Torgeir Lunke, prosjektleder, E- helse, avdeling strategi og utredning
 - Nina Brøyn, prosjektleder, Helsedir, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
 - Jon Hilmar Iversen, seniorrådgiver, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
 - Jorunn Hjertvik, seniorrådgiver, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Arbeidsgruppe Helsedir
 - Gunnar Misvær; seniorrådgiver, Avdeling spesialisthelsetjenester
 - Jan Linnsund; seniorrådgiver, Avdeling legevakt og akuttmedisin
 - Ann-Kristin Wassvik, seniorrådgiver, Avdeling helsesett og bioteknologi
 - Hilde Skagestad, seniorrådgiver, Avdeling helsesett og bioteknologi
 - Kirsten Petersen; prosjektleder, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
 - Siw Helene Myhrer, seniorrådgiver, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
 - Elida Rønnaug Hole Wirkola, seniorrådgiver, Avdeling global helse og dokumentasjon
 - Michael Christian Kaurin, seniorrådgiver , Avdeling global helse og dokumentasjon
 - Dahle Bryde-Erichsen, seniorrådgiver, Avdeling finansiering
 - Jon-Torgeir Lunke, prosjektleder for prosjektet e-konsultasjon, avdelingsdirektør, i E-helse.

12.2 Intervjuer med leger som benytter e-konsultasjon

Oppsummering av dybdeintervjuer av leger som benytter e-konsultasjon

Utført av E-helse i samarbeid med Helsedir og Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) i september og oktober 2018.

Hensikt: Undersøkelsen dokumenterer brukererfaringer med e-konsultasjon. Det ble rettet et spesielt fokus på videobasert e-konsultasjon ettersom denne tjenesten er lite utbredt men i sterk vekst. Tabellene i dette dokumentet oppsummerer detaljerte tilbakemeldinger fra syv leger i fastlegepraksis. En oppsummering av tilbakemeldinger fra de to legene ansatt hos to ulike private aktører er gitt som en egen del. Alle legene intervjuet har erfaring med videobasert e-konsultasjon, men ikke alle har erfaring med tekstkonsultasjon.

Metode: Spørreundersøkelsen og funnene er inndelt i en kvantitativ del og en kvalitativ del. Det ble lagt vekt på å få innspill fra en størst mulig bredde av fastlegepraksiser ved å intervjuer både yngre og eldre fastleger som arbeidet både i bynære og mer avsidesliggende strøk, på større og mindre legekantor, og som benyttet ulike systemer for journalføring og videooverføring.

Grunnet det svært lave antallet leger som benytter videobasert e-konsultasjon og en meget tidsbegrenset periode som var tilgjengelig for undersøkelsen er antallet deltakere begrenset. En utfordrende var at det manglet kunnskap om hvilke leger som hadde erfaring med videokonsultasjon ettersom det ikke finnes noen samlet oversikt på dette. Det lave antallet leger, totalt ni, gjør at funnene ikke er statistisk signifikante. Funnene var likevel konsistente og de støttes samtidig av funn fra bla Sverige. Vi mener derfor at funnene gir en god indikasjon på bruk av videokonsultasjon i forhold til bla brukervennlighet, sikkerhet, medisinsk forsvarlighet, anvendelsesområder, effektivitet, arbeidsprosesser, utfordringer, samt hva som skal til for å forbedre og øke nytteverdien av e-konsultasjon. Funnene utgjør en viktig del av kunnskapsinnhenting i prosjektet.

Gjennomføring: Legene besvarte et excel spørreskjema før de deltok i et intervju med varighet på 60 minutter. Intervjuet foregikk enten over videolink eller i et møterom. En full oversikt over spørsmålene som ble stilt, inkludert veiledning til utfyllelse er gitt som et eget vedlegg.

Applisering av funn: En faktor som det bør tas hensyn til er at de fastleger som benytter videobasert e-konsultasjon i de fleste tilfeller kan anses å være foregangspersoner som har vært villige til å yte en ekstra innstas for å få tjenesten til å fungere godt. Det kreves derfor trolig videre utvikling av videobasert e-konsultasjon for at tjenesten skal aksepteres som tilstrekkelig god av flertallet fastleger. Denne videre utviklingen er foreslått under anbefalinger i rapporten.

Veien videre: Det er dokumentert få brukererfaringer internasjonalt vedrørende videobasert e-konsultasjon og det er svært få funn i Norge relatert til fastlegepraksis. En viktig årsak er at videobasert e-konsultasjon er en forholdsvis ny tjeneste og svært få fastleger har tatt dette i bruk i Norge. Det anbefales at arbeidet med å dokumentere brukererfaring fra fastleger som benytter både tekstbasert og spesielt videobasert e-konsultasjon videreføres for å etablere en styrket forståelse av bruk og utvikling innen e-konsultasjon.

Kvalitative spørsmål stilt til leger i fastlegepraksis

Tabellen nedenfor gir en oppsummering av fastlegenes svar. Legene har ikke svart helt likt på de ulike spørsmålsstillingene. Oppsummeringen består derfor av en opplisting av ulike svar

som legene ga, men det har vært fokus på å inkludere svar som er mest mulig sammenfallende på tvers av legene selv om enkelte svar er gitt av individuelle leger. Ikke alle utsagnene kan derfor sies å gjelde for alle legene, men vi har ikke oppfattet at det er vesentlige ting fastlegene har hatt helt motsatte oppfatninger om. I tilfeller hvor en mening ikke nødvendigvis deles av alle har vi inkludert formuleringer som «en/noen av legene mente at», for å markere at dette ikke nødvendigvis er noe alle mente.

<p>1) Hvilke typer konsultasjoner mener du er best egnet for tekstbasert e-konsultasjon? Fint hvis du kan utdype hvorfor?</p>	<p>Kun enkelte leger uttalte seg om tekst-konsultasjon, ettersom ikke alle leger hadde erfaring med det. Tekstkonsultasjon benyttes primært til oppfølging av pasienter legene kjenner godt, med en kjent problemstilling eller enkle problemstillinger. Dette kan være oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, når behandling er startet og den har et forventet forløp, justering av behandling, testsvar, forlenging av sykemelding, fornying av resepter og bestilling av attester. Tekstkonsultasjoner alene egner seg ikke for å sette diagnose. Det er en viss fare for å gå glipp av informasjon når kommunikasjonen kun foregår tekstlig og det er en fare for at pasienten lettere kan misforstå. Tekstkonsultasjon er et spesielt godt egnet medium i forhold til f.eks. hørselshemmede, personer som uttrykker seg bedre skriftlig enn muntlig, samt pasienter som kan lite norsk og engelsk, og følgelig trenger tid på å formulere seg. Tjenesten gir legen mulighet for å ha en mer fleksibel arbeidshverdag ettersom henvendelser fra pasientene kan svares ut når det passer legen.</p>
<p>2) Hvilke typer konsultasjoner mener du er best egnet for videobasert e-konsultasjon? Fint hvis du kan utdype hvorfor?</p>	<p>Ved videobasert e-konsultasjon er det en fordel å kjenne pasienten fra før, og tjenesten benyttes mye i forhold til kjente tilstander. Det er også akseptabelt ved nye tilstander avhengig av hva som skal vurderes.</p> <p>Tjenesten er lite egnet til å gjøre en god vurdering hvis det f.eks. er behov for å fysisk ta på pasienten, gjøre målinger, ta prøver eller vurdere mer kompliserte tilstander slik som alvorlige infeksjoner. Det er likevel tilfeller der helse-/støttepersonell som er sammen med pasienten kan oversende viktig informasjon som f.eks. EKG og bli veiledet av lege over video. Ved slike tilfeller kan derfor en pasient bli raskere behandlet enn hvis lege må reise til pasient, spesielt når det er lang reisevei. Enkelte pasienter med langvarige lidelser har også utstyr for f.eks. blodtrykksmåling hjemme og kan dermed konsulteres og følges opp av lege over video.</p> <p>Eksempler der videosamtaler er godt egnet er ved ulike typer oppfølgingssamtaler, legeerklæring til elever som legen kjenner godt, oppfølging av studenter som har flyttet utenlands. Video kan også brukes til foretas vurdering av smertepåvirkning, respirasjonsfrekvens, utslett, hevelser, igangsatt behandling, bivirkning av medisiner, endring av resepter til andre medikamenter grunnet plager eller mangel på apotek, fornying av enkelte resepter, oppfølging av sykemeldte med avklart fysisk sykdom, konjunktivitter, UVI. Det er også mulig å benytte video til å utføre sårkontroll etter operasjon når utviklingen går rett vei, håndtere spørsmål om insulin doseringer, avklare bestilling av attester og skjema for diverse stønader, samt formidling av testsvar. Videobasert konsultasjon kan egne seg svært godt for oppfølging av</p>

	<p>psykisk syke der det oppleves at pasientene ofte har det lettere for å snakke fritt over video, samtidig som de også har mulighet for å raskere komme i kontakt med legen. Spesielt pasienter i tenårene kan lettere fanges opp og behandles for psykisk relaterte plager på et tidlig stadium ettersom terskelen for å ta kontakt med lege over video synes lavere for de aller yngste.</p> <p>Det er positivt at risikoen for å eksponere andre for smitte reduseres hvis pasienten slipper å møte opp på legekontoret, samt at pasientene hovedsakelig selv skjønner hva som egner seg til vurdering over video, det er derfor sjeldent behov for å sette opp en ekstra fysisk time.</p>
3) I hvilken grad opplever du den tekniske kvaliteten på e-konsultasjonen som tilfredsstillende? Fint hvis du kan uttype?	Så lenge det er god båndbredde på legekontoret opplever ikke legene problemer av betydning, men de er også avhengig av god mobildekning/nett der pasienten er. 4G hos pasienten gir god kvalitet, men også god 3G forbindelse egner seg. Det er svært få ganger at kvaliteten på lyd/bilde er så dårlig at de må gjennomføre en ny konsultasjon fysisk.
4) Hvilken type samhandlingsutstyr benytter du i dine e-konsultasjoner? Eventuelt kunne du tenkt å benytte et annet type utstyr og i så fall hvorfor?	Legene bruker standard hardware for å gjennomføre videokonsultasjoner (kontor-pc, evt. laptop/mobil, widescreen-skjerm eller to skjermer, webkamera, høyttalere/hodetelefoner). De bruker uavhengig (stand-alone) programvare for videokonsultasjonene, og administrerer timer og journalskriving i EPJ. Informasjon fra tekstkonsultasjoner kommer direkte inn i EPJ.
5) Kan du fortelle litt om hvordan du opplever den medisinske faglige egnetheten til videobasert e-konsultasjon ift fysisk konsultasjon?	Legene opplever den medisinske egnetheten av video som meget god, for den bruken de har. Samtalen mellom lege og pasient er en stor del av vurderingsgrunnlaget til legen, så ofte er det tilstrekkelig å se og snakke med pasienten. Informasjon gis om almenntilstand og orienteringsevne. Pasientene kan oppleve det som enklere å snakke og vise seg fram over video. Det kan imidlertid være informasjon som legen går glipp av i en videokonsultasjon, som kunne blitt avdekket i en fysisk konsultasjon. Noen av legene uttrykte at det ikke var egnet å bruke video dersom legen ikke kjenner pasienten fra før og ikke hadde journalinformasjon.
6) Hvordan er tilbakemeldingene fra pasientene på tekst- og videobasert e-konsultasjon?	Pasientene er fornøyd med at videokonsultasjoner gir effektive samtaler, samt at det minsker behovet for å reise og dermed gjør det enklere og ofte raskere å få gjennomført en time hos legen. Pasientene som har brukt video er fornøyd med tjenesten og ønsker gjerne videobasert e-konsultasjon ved senere anledninger. En merverdi som pasientene opplever ved at det benyttes en app, kan være å enkelt for diverse informasjon oversendt fra legen som f.eks. varsel om tilgjengelig influensavaksine.
7) Hvilke fordeler opplever du ved tekstbasert e-konsultasjon?	Tekstkonsultasjon genererer mindre telefonkø og legen kan besvare konsultasjonene når det er ledig tid. Pasientene kan ofte uttrykke problemstillinger klarere i tekst enn muntlig. Spesielt gjelder dette pasienter med språklige problemer eller de som kan lite norsk og engelsk. Det kan til en viss grad redusere behovet for å gjennomføre fysisk konsultasjon. Det er en fordel at pasientene kan gå inn og lese svaret på nytt senere.
8) Hvilke ulemper opplever du ved tekstbasert e-konsultasjon?	Det er noe lav terskel for e-konsultasjon, slik at det er i overkant enkle spørsmål, som kan vurderes å være e-kontakt og derfor ikke gir betaling. Legene må være oppmerksomme på tilstander som ikke kan behandles via tekst-konsultasjon ettersom legen ofte mangler en forståelse av konteksten til pasienten. En lege sa at

	<p>tekstkonsultasjoner nesten alltid må følges av en fysisk- eller videotime, men dette varierer veldig mellom legene og det oppleves ikke som noen stor ulempe at en tekstkonsultasjon følges opp av en fysisk/video-time i de tilfeller det skjer. Det kan være tidkrevende å skrive utfyllende svar og holde orden hvis det er mye frem og tilbake mellom pasient og lege. En lege som ikke tilbyr tekstkonsultasjon oppgir at dette delvis er på grunn av frykt for økt arbeidsbyrde ved at pasientene sender lange avhandlinger som legen er nødt til å svare på.</p>
<p>9) Hvilke fordeler opplever du ved videobasert e-konsultasjon?</p>	<p>Pasient slipper å reise og det er enklere å få gjennomført timen, lege slipper å reise til pasient, mindre tid går bort til venting ettersom pasienten ofte kan gjøre andre ting mens de sitter klare i det virtuelle venterommet etter å ha logget seg inn, osv. I forhold til tekstkonsultasjon eller telefonisk kontakt så gir video mer informasjon. Videokonsultasjon er i mange tilfeller minst like godt som et fysisk besøk. Videokonsultasjonene er ofte mer konsise og strukturerte, samt at de ofte har færre spesifikke problemstillinger. Konsultasjonene blir mer effektive ettersom tiden det tar for en pasient å bevege seg inn og ut av et legekontor faller bort ved bruk av video, det blir mindre utenomsnakk og samtaler om diverse småting som ikke er så relevant, pasientene er mer fokuserte i samtalen og det er enklere å avslutte konsultasjonen på tiden. Det er en fordel at det er lavere terskel for yrkesaktive pasienter å ta kontakt med legen hvis de har en tilstand som f.eks. er forverret. Lege kan enkelt bryte av dersom det viser seg å være behov for fysisk konsultasjon. Video gjør det mulig for lege å gjennomføre konsultasjoner også utenom kontortid. Mange pasienter føler seg mer komfortable når de kan snakke med legen hjemmefra.</p>
<p>10) Hvilke ulemper opplever du ved videobasert e-konsultasjon?</p>	<p>Det kan være noen tekniske utfordringer hvis legen er helt ny i bruken av video. Noen få pasienter kan også ha utfordringer med å bruke video. Det er en ulempe at det er manglende integrasjon mot EPJ, timebok og funksjonell betalingsløsning. Det bør legges til funksjoner for å innhente mer informasjon før timen samt varsle pasient f.eks. om utsettelse av timen hvis legen bruker mye tid på en foregående pasient. I noen få tilfeller må legen avbryte og sette opp en fysisk konsultasjon, noe som kan forsinke diagnostikken. Det er viktig å være klar over hvilke problemstillinger som ikke egner seg til å vurdere over video. Det er en viss risiko at enkelte pasienter kan få for høye forventninger til hva som lar seg løse på video, og reagere på at de må ha to konsultasjoner og betale dobbelt. Dette har likevel ikke vist seg som et problem av betydning.</p>
<p>11) Har du en formening om brukere (pasienter) foretrekker enten tekstbasert eller videobasert konsultasjon, eventuelt hvorfor?</p>	<p>Legene har hovedsakelig selv tatt initiativ til å anbefale video til pasienter. Det er viktig å være klar over at enkelte pasienter kan være lite tilpass med å bruke video, og ikke ha tilstrekkelig kompetanse. Flere leger gir inntrykk av at pasienter helst vil bruke tekstkonsultasjon fordi det er lettvis, men at de også verdsetter video på grunn av fordelene det gir. Det er samtidig viktig å ta hensyn til at legene gjerne vil opparbeide seg ytterligere erfaring ved bruk av video for å mer sikkert kunne si mer om hvordan pasienter vurderer bruk av video.</p>
<p>12) Opplever du at det er forskjell i tidsbruk mellom tekstbasert e-konsultasjon og fysisk konsultasjon? Kan du</p>	<p>Tekstkonsultasjon går raskere, fordi det er enklere problemstillinger. Konsultasjonen begrenses til det pasienten primært ønsker å ta opp.</p>

eventuelt utdype hvorfor?	
13) Opplever du at det er forskjell i tidsbruk mellom <u>videobasert e-konsultasjon</u> og fysisk konsultasjon? Kan du eventuelt utdype hvorfor?	I forhold til sammenlignbare komplekse typer konsultasjoner så oppgis det at tidsbruken enten er kortere eller like lang som ved fysisk konsultasjon. Det er enklere å begrense videokonsultasjon til den avsatte tiden. Pasientene er bedre forberedt og mer strukturerte. De tar opp 1-2 problemstillinger istedenfor 3-5 som kan være tilfelle ved en fysisk konsultasjon der de ekstra problemstillingene ofte ikke er noe de trenger konsultasjon for, f.eks. at pasienten har fått et lite sår eller blemme osv. Det er en stor fordel for fastleger å gjennomføre videokonsultasjoner ift andre private aktører ettersom fastlegen ofte kjenner pasienten godt og har tilgang på hele historikken til pasienten. Det gjør at legen raskere kan gjøre vurderinger og det er mindre behov for å konsentrere seg om å lære å forstå pasienten eller gjøre pasienten komfortabel. Dette gjør også at fastlegen i større grad kan skrive inn notater i journalen mens videosamtalen pågår. Samlet medfører dette at fastlegen kan gjennomføre konsultasjonene meget effektivt samtidig som pasientene føler seg godt ivaretatt. Pasientene blir heller ikke preget av ventingen på venteværelset, som kan ha vart lenge. Det kan imidlertid være tilfeller hvor tidsbruken er lik ved fysisk og video, f.eks. ved samtale med pasienter med angstproblematikk.
14) Hva skal til (suksesskriterier) for at du i større grad skal benytte <u>tekstbasert e-konsultasjon</u>? Utdyp gjerne.	Det er viktig med god brukerstøtte til legen, og videoløsninger bør være feilfrie før de tas i bruk av lege. Dersom det oppstår problemer vil legene slutte å bruke det. Det må være integrasjon mot EPJ og timebok, og det må legges til rette for en god betalingsløsning. Legene må være pådrivere for at pasienter skal bruke tjenestene, og det må være god informasjon om bruksområder f.eks. på nett. Det må også være en etterspørsel for det blant pasienter, som kan komme dersom det blir informert om det.
15) Hva skal til (suksesskriterier) for at du i større grad skal benytte <u>videobasert e-konsultasjon</u>? Utdyp gjerne.	<p>Takst for tekstkonsultasjon oppleves som god. For å stimulere til økt bruk av videokonsultasjon er det viktig at takstene sidestilles med fysisk oppmøte slik at det f.eks. gis mulighet for å kombinere med tilleggstakster. Dette gjelder også for andre pasienter enn de som legen er fastlege for, f.eks. ved legevakt både på dag, kveld og nattevakt. En videokonsultasjon kan i enkelte tilfeller spare samfunnet for store summer ved at en lege slipper å rykke ut på en lang og i noen tilfeller kostbar reise med legebåt osv. Det bør lages beste praksis for bruk av e-konsultasjon, men legen må gis frihet til å selvstendig vurdere når det kan være hensiktsmessig å benytte e-konsultasjon. 2ae kan i dag kun brukes sammen med 2dd (videreutdanning) og 2p (forsker). Noen eksempler på aktuelle takster som det kan være relevant å kombinere med videokonsultasjon er f.eks.: 2cd (ekstra tidsbruk), 7 (bruk av tolk), 612a (samtale med pårørende/foresatt), 612b (samtale med pårørende/foresatt til de under 18), 615 (samtaletterapi med pasienter med psykiske lidelser), 616 (særlig tidskrevende arbeid ift henvisning og innleggelse), 701a+ (alle prøvetakstene ved hjelp av helsepersonell til stede).</p> <p>Videokonsultasjoner bør primært styres av forsvarlighetshensyn og hensyn til kvalitet, i stedet for av å bli begrenset av takstsystemet.</p>

	<p>Det må gis mer informasjon om videotilbudet til pasienter for at det skal bli flere som etterspør tjenesten. Det er ønskelig at videoløsningen kan gjøres tilgjengelig via helsenorge.no for pasient slik at det kan benytte dette som en portal inn. På denne måten gis pasienter samtidig informasjon om frikort, m.m. Det burde også være større mulighet til å se pasientjournaler på tvers av systemer. Det bør legges opp til en løsning der fastleger med ledig tid kan avlaste andre fastleger ved å benytte tilgjengelig ubenyttet tid til å gjennomføre videokonsultasjoner.</p> <p>Det er viktig med integrasjon mot EPJ, timebok og betalingssystemer. Funksjonalitet som bør utvikles er varsling til pasient om plass i køen/køtid, forsinkelser, og triage eller spørsmålsstilling til pasienten for å gi legen mer informasjon før timen begynner samt vurdere om konsultasjonen kan gjennomføres på video eller bør setts opp som fysisk time. Mulighet for flerpartssamtaler med enten spesialist, NAV, eller annet helse/støttepersonell vil vært nyttig. Videoløsninger bør presenteres overfor legekantor sammen med beste praksis case, gode brukerveiledninger, samt at det legges opp til å inkludere e-konsultasjon i utdanning/kursing for leger. Det kan være en fordel på større legekantor at en av legene piloterer ut løsningen slik at de andre legene kan lære av denne legen. Leger ønsker ikke at det stilles krav gjennom forskrift som virkemiddel for å øke bruken, men at de tar i bruk løsningene på frivillig basis. På den andre siden opplyses det at mange leger trolig vil være unødvendig restriktive og skeptiske til å ta tekst og videobasert e-konsultasjon i bruk basert på manglende forståelse av hvordan e-konsultasjon vil påvirke praksisen deres.</p> <p>Det bør være mulig å se hvilket sikkerhetsnivå pasientene har logget seg inn med, og legen må gis anledning til å konsultere en pasient de kjenner godt uten at sikkerhetsnivået er på nivå 4. Videoabonnement er relativt dyrt så det burde være en offentlig støtteordning for innføring av video. Video burde brukes i samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester, for å øke tilgjengeligheten, kvaliteten og effektivitet. Ved mange videokonsultasjoner kan det være en stor fordel å sette av en bestemt tidsperiode på døgnet når disse tas, hvis ikke kan det gi legen en ugunstig arbeidsflyt hvis legen hele tiden må veksle mellom fysiske konsultasjoner og konsultasjoner over video.</p>
<p>16) Hva er uventede effekter/konsekvenser ved bruk av <u>tekstbasert e-konsultasjon</u> - både positive og negative?</p>	<p>Noen leger hadde en forventning at det skulle gi ekstra arbeid, som ikke har slått til. Det har spesielt hatt betydning ved at antall telefoner og administrativ tidsbruk for legesekretærene har gått betydelig ned.</p>
<p>17) Hva er uventede effekter/konsekvenser ved bruk av <u>videobasert e-konsultasjon</u> - både positive og negative?</p>	<p>Flere leger opplyser at de får løst mer enn forventet og at samlet arbeidsbelastningen reduseres, spesielt i tilfeller der lege ellers må reise langt for å besøke pasienter. Bruk av video ved slike tilfeller kan gi reduserte inntekter til legen grunnet ugunstig takstsystem, men det sparer likevel samfunnet for store summer f.eks. hvis en lege slipper å benytte legebåt el som er meget kostbart. Konsultasjonene tar som regel kortere tid. Videokonsultasjon er behagelig både for lege og pasient. De har fått mer kontakt med pasienter med høy terskel for å ta kontakt, f.eks. unge med psykiske</p>

	vansker. Pasienter med kroniske dårlig regulerte sykdommer tar lettere kontakt ved forverringer/manglende effekt av igangsett behandling. Det bør vurderes både praktisk og prinsipielt om det kan legges til rette for opptak av videokonsultasjon, fordi pasient ofte ønsker/har behov for å se timen på nytt.
--	--

Kvalitative spørsmål stilt til leger i arbeid hos private aktører

Tabellen nedenfor gir en oppsummering av den erfaring som leger i arbeid hos andre private aktører, utenfor fastlegeordningen, har gjort seg i forhold til e-konsultasjon. Legene har ikke svart helt likt på de ulike spørsmålsstillingene, men oppsummeringen består hovedsakelig av en oppstilling av ulike svar som legene ga.

1) Hvilke typer konsultasjoner mener du er best egnet for tekstbasert e-konsultasjon? Fint hvis du kan utdype hvorfor?	Kun en av aktørene uttalte seg om tekstkonsultasjoner. Denne mente at reseptfornyelser kunne egne seg for tekstkonsultasjon. Dersom det stilles automatiserte spørsmål på forhånd får man god kvalitetssikring av reseptfornyelsene. Administrative kontakter kan også foregå per tekstlig e-konsultasjon. Det er begrenset i hvilken grad tekstlig e-konsultasjon kan løse medisinske problemstillinger. Selv om synkron meldingsutveksling kan gi gode anamnesticke opplysninger, bør det kombineres med en konsultasjon fysisk, eller over video.
2) Hvilke typer konsultasjoner mener du er best egnet for videobasert e-konsultasjon? Fint hvis du kan utdype hvorfor?	<p>Problemstillinger som ikke krever fysisk undersøkelse egner seg for videokonsultasjon. Grensene for hva som kan gjøres digitalt flyttes stadig, ut fra leger og pasienter sin digitale kompetanse og tilgjengelige hjelpemidler og teknologi. Uttømmende liste over hva som kan eller ikke kan behandles via videobasert konsultasjoner er derfor ikke hensiktsmessig å gi.</p> <p>Sett ut fra pasientgrupper vil videokonsultasjoner bedre tilgjengeligheten til de som ikke kan komme seg hjemmefra, eldre, de med angst. Endel kan ha egne instrumenter for EKG og blodtrykksapparater. Det kan også være aktuelt for pasienter som flytter mye fra sted til sted. Mye av det legen driver med er rådgivning, noe som godt kan gjøres på video. En aktør nevnte at oppfølging av pasienter kan foregå over video, men aktøren understreket at oppfølgingsansvaret for en pasient må ligge hos fastlegen.</p> <p>Flerpartssamtaler kan være aktuelt, og kan fungere godt til tverrfaglig samarbeid med spesialister.</p>
3) I hvilken grad opplever du den tekniske kvaliteten på e-konsultasjonen som tilfredsstillende? Fint hvis du kan utdype?	Aktørene melder om at den tekniske kvaliteten på plattformene de bruker er god, med god lyd- og videokvalitet for å gjennomføre samtaler og til å gjøre observasjoner. De har mulighet til å ta stillbilder ved behov for høyere oppløsning.
4) Hvilken type samhandlingsutstyr benytter du i dine e-konsultasjoner? Eventuelt kunne du tenkt å benytte et annet type utstyr og i	Legene åpner portalen i nettleser, og kan enten få tilgang fra laptop eller kontor-PC. Det er nivå 4 sikkerhet på innlogging for både pasienter og leger.

<p>så fall hvorfor?</p>	
<p>5) Kan du fortelle litt om hvordan du opplever den medisinske faglige egnetheten til <u>videobasert e-konsultasjon</u> ift fysisk konsultasjon?</p>	<p>En av aktørene påpekte at det er viktig at legen ikke tar konsultasjoner til alle tider over alt, men at det gjøres på et kontor eller et stille nøytralt sted.</p> <p>Aktørene ga uttrykk for at man oppnår god kontakt med pasientene gjennom bruk av video, ved at legen holder blikk kontakt hele tiden. Det er positivt for legen å kunne observere pasientene i hjemmemiljøet, hvor noen vil være mer komfortable og barn vil kunne observeres under lek. Det er begrensninger ved video som gjør at det ikke egner seg for alt, der hvor det trengs fysiske undersøkelser eller hvor videokvaliteten ikke er god nok for å observere.</p>
<p>6) Hvordan er tilbakemeldingene fra pasientene på tekst- og videobasert e-konsultasjon?</p>	<p>Aktørene har systemer for pasienttilbakemeldinger. Tilbakemeldingene fra pasientene er nesten utelukkende positive. De trekker blant annet frem effektiviteten, god tilgjengelighet, god kontakt, grundighet og godt tilpassede råd. Mange beskriver at de føler seg ivaretatt og sett som pasient. Enkelte pasienter kan reagere negativt på at legen ikke kan gi resepter eller sykemelding over video.</p> <p>En av aktørens løsninger har et system for triagering på forhånd i form av spørsmål til pasienten, noe som gir god forventningsstyring. Ifølge legene som behandler får det store flertallet av pasientene hjelp gjennom konsultasjonene.</p>
<p>7) Hvilke fordeler opplever du ved <u>tekstbasert e-konsultasjon</u>?</p>	<p>Tekstkonsultasjoner kan hindre unødvendige fysiske besøk. Det kan avklare behov for videre oppfølging. Administrative henvendelser kan løses med tekstkonsultasjon.</p>
<p>8) Hvilke ulemper opplever du ved <u>tekstbasert e-konsultasjon</u>?</p>	<p>Direkte, personlig kontakt mangler. Man får ikke gjort en helhetlig, klinisk vurdering uten å ha mulighet til å se og snakke med pasienten.</p> <p>Det kan være lang og varierende responstid. Tekstkonsultasjon har begrenset bruksområde.</p>
<p>9) Hvilke fordeler opplever du ved <u>videobasert e-konsultasjon</u>?</p>	<p>Aktørene fremhever effektiviteten og økonomien i å gjennomføre konsultasjoner over video.</p> <p>En av de spurte uttrykte overraskelse over hvor mange hver lege klarer å hjelpe. Forklaringen på dette er blant annet at timene blir mer fokusert og strukturert, og legen og pasienten er forberedt på møtet.</p> <p>Videokonsultasjoner åpner muligheter for mer effektiv ressursutnyttelse både på individuelt nivå og fra et samfunnsperspektiv. Gjennom organisatoriske endringer kan man få bedre kapasitetsutnyttelse ved at legeressurser i én del av landet kan avhjelpe pasienter som befinner seg annet sted i landet. En annen fordel er muligheten for systematisk oppfølging av leger og kvalitetsarbeid når man jobber digitalt har rikere strukturerte data.</p>

<p>10) Hvilke ulemper opplever du ved videobasert e-konsultasjon?</p>	<p>En av aktørene uttrykte at det at man i prinsippet er tilgjengelig hele tiden er en utfordring, men at man også kan styre dette. Legen kjenner på et ansvar for å hjelpe pasienten, spesielt siden pasienten betaler mer for privat behandling.</p> <p>Videokonsultasjonen kan oppleves noe ustabil dersom pasienten har dårlig internettforbindelse. Minimum båndbredde er 5mbit per sekund.</p>
<p>11) Har du en formening om brukere (pasienter) foretrekker enten tekstbasert eller videobasert konsultasjon, eventuelt hvorfor?</p>	<p>Hvorvidt pasienten foretrekker tekst eller video varierer ut fra pasientens behov. Begge burde være tilgjengelig.</p>
<p>12) Hva bruker du e-konsultasjon til i dag og hva mener du det er mest egnet til i fremtiden?</p>	<p>Videokonsultasjon bør brukes i størst mulig grad for å spare ressurser både for den enkelte og samfunnet. Dette kommer til å bli viktigere og viktigere i fremtiden.</p>
<p>13) Opplever du at det er forskjell i tidsbruk mellom tekstbasert e-konsultasjon og fysisk konsultasjon? Kan du eventuelt utdype hvorfor?</p>	<p>Ikke tilbudt.</p>
<p>14) Opplever du at det er forskjell i tidsbruk mellom videobasert e-konsultasjon og fysisk konsultasjon? Kan du eventuelt utdype hvorfor?</p>	<p>Aktørene oppga ikke noen konkret tidsforskjell mellom konsultasjoner per video og fysisk, men en av aktørene uttrykte at varigheten av videokonsultasjon påvirkes av hvor mye man vet om pasienten på forhånd, f.eks. gjennom å stille spørsmål.</p>
<p>15) Hva skal til (suksesskriterier) for at du i større grad skal benytte tekstbasert e-konsultasjon? Utdyp gjerne.</p>	<p>En av aktørene ga uttrykk for at begrenset anvendelighet og bruksområde for tekstkonsultasjon var en hindring for at det skulle tas i bruk mer.</p>
<p>16) Hva skal til (suksesskriterier) for at du i større grad skal benytte videobasert e-konsultasjon? Utdyp gjerne.</p>	<p>Begge aktørene vi intervjuet representerte tjenesteleverandører som hovedsakelig tilbyr videokonsultasjoner, og ikke har et tilbud om fysiske konsultasjoner. Svarene må ses i denne sammenhengen, og reflekterer til dels respondentenes syn på hvordan slike tjenester kunne få en større markedsandel.</p> <p>En av aktørene mente at det ikke bør være restriksjoner på hva legen kan gjøre over video, men at legen må kunne bestemme dette.</p> <p>En av aktørene uttrykte at det er et suksesskriterium at man har et effektivt journalsystem som arbeidsstøtte. De moderne skybaserte journalsystemene er i så måte bedre, og gir lavere kostnader.</p> <p>Videoplattformen må ha effektive løsninger for betaling (f.eks. PayEx der pasienten kan velge betalingsmåte selv-knyttet til EPJ systemet), åpne for samhandling med spesialisthelsetjenesten.</p> <p>En av aktørene uttrykte at man i større grad kunne gjennomføre</p>

	<p>oppfølginger av pasienter, men at dette krevde at det finnes en timeliste, mens tjenesten i dag kun åpner for drop-in.</p> <p>En av aktørene ga uttrykk for at det er manglende insentiver i takstsystemet for at videokonsultasjoner kan brukes i større omfang, f.eks. på legevakt eller kveldsvakt.</p> <p>Offentlig refusjon per konsultasjon ville bidratt til at aktørene kunne supplert fastlegeordningen, noe aktørene mener kunne gi avlastning. En modell som i Sverige kunne gjort dette mulig. En av aktørene mener at Bedre samhandling mellom digitale helsetjenester og fastlegekontor, samt legevakt, bør utredes. Som eksempel ble det nevnt at pasienter ikke oppnår kontakt med fastlegen, og derfor belaster legevakt med problemstillinger som egentlig ikke hører hjemme der.</p> <p>En aktør uttrykte at det generelt er behov for oppmerksomhet og kunnskap om e-konsultasjon blant publikum for at det skal få utbredelse. Aktørene selv har gått fra at tjenesten i stor grad ble kjent gjennom «word of mouth», men har i det siste har begynt med annonsering.</p>
17) Hva er uventede effekter/konsekvenser ved bruk av <u>tekstbasert</u> e-konsultasjon - både positive og negative?	Ikke tilbudt.
18) Hva er uventede effekter/konsekvenser ved bruk av <u>videobasert</u> e-konsultasjon - både positive og negative?	<p>Det oppfattes som positivt og uventet at man kan løse problemer for personer som er i utlandet, både gjennom video og ved å sende resepter (i EU).</p> <p>Videokonsultasjoner fjerner barrierer for å oppsøke lege (språklig, geografisk, fysisk/psykisk handikapp), det fjerner faren for smitte, og legen kan observere pasienten i hjemmemiljøet.</p>

Kvantitative spørsmål stil til leger i fastlegepraksis

Se den fullstendige spørsmålslisten for utdypende forklaring om hva fastlegene skulle ta hensyn til ved beregningen. Det er beregnet gjennomsnitt, og det vises høyeste, median og laveste verdi av fastlegenes svar. Spørsmålene om tekstlig e-konsultasjon er kun besvart av tre leger, ettersom det ikke var flere som benyttet dette. Når det gjelder hvor mange konsultasjoner som ikke kan gjennomføres som planlagt er prosentandelen dette gjelder beregnet av totalt samme type konsultasjonene i kolonnen «Andel kons. samme type». Det er også beregnet gjennomsnittlig fordeling av tekst, video og fysiske konsultasjoner (dessuten kun fordeling av video og fysisk konsultasjon, fordi dette kan være relevant å sammenlikne) i kolonnen «Andel totale kons.»

I noen tilfeller har fastlegene besvart spørsmålene med et intervall, f.eks. 10-15. I slike tilfeller har vi tatt midtpunktet i intervallet, selv om dette ikke nødvendigvis er et riktig mål på gjennomsnittet

Spørsmål	Enhet	Gjennomsnitt	Høyeste verdi	Median	Laveste verdi	Andel kons. samme type	Andel totale kons.	Oppsummering	Antall svar
Hva lenge har du tilbudt <u>tekstbasert</u> e-konsultasjon til dine pasienter?	Antall måneder	27	72	5	4			Det er kun litt under halvparten som benytter tekstkonsultasjon, og de fleste har kun nylig tatt det i bruk	3
Hvor lenge har du tilbudt <u>videobasert</u> e-konsultasjon til dine pasienter?	Antall måneder	6,14	12	5	3			Alle de spurte tilbyr videokonsultasjon. De har alle tilbudt muligheten i ett år eller mindre, de fleste kun i noen få måneder.	7
Hvor mange <u>tekstbaserte</u> e-konsultasjoner har du gjennomført?	Antall konsultasjoner	950	2500	260	90			De som har tatt i bruk tekstkonsultasjon bruker det en god del, men det varierer sterkt hvor hyppig det brukes	3
Hvor mange <u>videobaserte</u> e-konsultasjoner har du gjennomført?	Antall konsultasjoner	61	150	50	12			Gjennomsnittlig antall videokonsultasjoner fastlegene har gjennomført er 61. Tallet varierer fra 12 til 150	7
Hvor mange <u>tekstbaserte</u> e-konsultasjoner utfører du i gjennomsnitt?	Antall per uke	47,6	100	21	2,5		32%	Det er 3 av 7 som bruker tekstlig e-konsultasjon. Blant disse er de fleste ikke storbrukere, mens det er en av legene som oppgir å bruke tekstlig e-konsultasjon 100 ganger i løpet av en uke. Prosentfordeling på ulike typer konsultasjoner gjelder for utvalget som helhet, ikke per lege.	3
Hvor mange <u>videobaserte</u> e-konsultasjoner utfører du i gjennomsnitt?	Antall per uke	5,61	12,5	3	0,75		4%/ 6%	De fleste legene har kun et fåtall videokonsultasjoner i uken, og har ikke innført bruken systematisk. Bruken varierer fra 0,75 til 12,5 konsultasjoner per uke.	7
Hvor mange fysiske konsultasjoner utfører du i gjennomsnitt?	Antall per uke	91,71	112	90	75		64 %/ 94 %	Fastlegene har i gjennomsnitt 91,7 fysiske konsultasjoner per uke	7

Spørsmål	Enhet	Gjenno msnitt	Høyeste verdi	Median	Laveste verdi	Andel kons. samme type	Andel totale kons.	Oppsummering	Antall svar
Hvor mange <u>tekstbaserte</u> e-konsultasjoner viser seg å være utilstrekkelig, slik at du likevel må gjennomføre en fysisk konsultasjon?	Antall per uke	0,5	1	0,5	0			Fastlegene opplever ikke at tekstkonsultasjoner ikke er tilstrekkelig, men antakeligvis brukes ikke tekstkonsultasjon som en fullgod erstatning for fysisk konsultasjon, men i tilfeller hvor det ikke er nødvendig med fysisk konsultasjon	3
Hvor mange <u>videobaserte</u> e-konsultasjoner viser seg å være utilstrekkelig, slik at du likevel må gjennomføre en fysisk konsultasjon?	Antall per uke	0,15	1	0	0			Det skjer svært sjeldent at videokonsultasjoner ikke er tilstrekkelig, dette kan ha sammenheng med hvordan fastlegene har tatt verktøyet i bruk	7
Hvor mange <u>videobaserte</u> e-konsultasjoner kan du ikke gjennomføres som planlagt grunnet misforståelser, manglende oppmøte osv?	Antall per uke	0,17	1	0	0	3%		De fleste opplever ikke at videokonsultasjoner ikke kan gjennomføres som planlagt, de som melder om at dette forekommer melder om at det skjer færre enn en gang per uke	7
Hvor stor andel <u>fysiske</u> konsultasjoner kan ikke gjennomføres som planlagt grunnet misforståelser, manglende oppmøte osv?	Antall per uke	2,71	5	2,5	1	3%		Fastlegene melder om at en viss andel av de fysiske konsultasjonene ikke kan gjennomføres som planlagt, ca. 3 prosent, som tilsvarer 2,7 konsultasjoner i snitt per uke	7
Hva er gjennomsnittlig tidsbruk per <u>tekstbasert</u> e-konsultasjon?	Tid i minutter per konsultasjon	4,83	7	5	2,5			Gjennomsnittlig tidsbruk på e-konsultasjon blant de som har det er 4,8 minutter. Det er kun noen minutters variasjon i anslått varighet (fra 2,5 til 7)	3
Hva er gjennomsnittlig tidsbruk per <u>videobasert</u> e-konsultasjon?	Tid i minutter per konsultasjon	10,92	20	7,5	5			Gjennomsnittlig tidsbruk fastlegene har anslått for videokonsultasjon er 10,9 minutter. Anslagene varierer fra 5 minutter til 20 minutter	7

Spørsmål	Enhet	Gjenno msnitt	Høyeste verdi	Median	Laveste verdi	Andel kons. samme type	Andel totale kons.	Oppsummering	Antall svar
Hva er gjennomsnittlig tidsbruk per fysisk konsultasjon som alternativt kunne vært utført som <u>tekst</u> basert e-konsultasjon?	Tid i minutter per konsultasjon	16,67	25	15	10			Gjennomsnittlig tidsbruk for en fysisk konsultasjon dersom den erstattet en tekstkonsultasjon er anslått til 16,67 minutter	4
Hva er gjennomsnittlig tidsbruk per fysisk konsultasjon som alternativt kunne vært utført som <u>video</u> basert e-konsultasjon?	Tid i minutter per konsultasjon	16,67	25	15	10			Fastlegene oppgir i gjennomsnitt at tidsbruken for en fysisk konsultasjon som ville erstattet en videokonsultasjon tar 16,67 minutter. Anslagene spenner fra 10 til 25 minutter	7
Hva er tapt tid knyttet til venting og tekniske utfordringer ved <u>video</u> basert e-konsultasjon i gjennomsnitt per uke?	Tid i minutter per uke	1	5	0	0			Kun to av syv mener at det går med tid til venting og tekniske utfordringer. Disse opplever at det medgår hhv. 1 og 5 minutter per uke til dette. De resterende oppgir 0 minutter	7
Mener du at bruk av e-konsultasjoner har resultert i flere eller færre konsultasjoner samlet sett? I så fall i hvilken grad?								5 av 7 mener det ikke er noen forskjell i mengden konsultasjoner, de to resterende mener omfanget har økt noe. En av dem mener omfanget har økt med ca. 10 prosent. Få pasienter kjenner til tilbudet, og det kan være for tidlig for å se konsekvensene av e-konsultasjon	7
I hvilken grad er det pasienten eller du som behandler som tar initiativ til e-konsultasjon på video?								I alle tilfellene er det lege som tar initiativ til videokonsultasjon. Legene vurderer den enkelte pasients digitale modenhet i tillegg til den medisinske egnetheten. Det er også årsaken til den høye suksessraten.	7

12.3 Detaljert drøfting av konsekvenser ved e-konsultasjon

Dette kapittelet skal se på som underlag til kapittel 8.

Økt bruk av e-konsultasjoner har noen ønskede og noen uønskede konsekvenser, som følger av egenskaper ved e-konsultasjoner i seg selv, og måten det blir brukt på av fastlegene. For å vurdere konsekvenser av økt bruk av e-konsultasjon skiller vi mellom disse tilfellene:

- E-konsultasjon erstatter en fysisk konsultasjon i situasjoner hvor det er et egnet verktøy for å gi pasienten forsvarlig behandling
- E-konsultasjon erstatter en fysisk konsultasjon i situasjoner hvor det ikke er egnet til å gi pasienten forsvarlig behandling i den utstrekning som er nødvendig
- E-konsultasjon benyttes av pasient i en situasjon hvor han/hun ellers ikke ville kontaktet lege

Alle de ulike tilfellene vil antakelig forekomme i større eller mindre grad ettersom e-konsultasjon blir et mer brukt verktøy blant fastlegene. Hvordan e-konsultasjonene fordeler seg på de ulike kategoriene er usikkert, og det er spesielt usikkert hvordan konsultasjonene vil fordele seg mellom de to første typene. Utformingen av e-konsultasjonstilbudet vil ha betydning for balansen mellom de ulike typene, og dermed i hvilken grad man oppnår positive eller negative effekter av e-konsultasjon. Dersom man legger opp til at bruken av e-konsultasjon i stor grad er legeinitiert, vil man antakeligvis kunne minimere tilfellene av det andre punktet, samt at det tredje punktet er mindre aktuelt. Dersom man derimot åpner for at e-konsultasjon i større grad er pasientinitiert vil det kunne forekomme en større andel av typen i det andre punktet, e-konsultasjoner som ikke er egnet for å gi pasienten forsvarlig behandling. Pasientinitierte e-konsultasjoner kan imidlertid ha andre fordeler som veier opp for disse tilfellene.

Videre vil vi gjennomgå de forventede effektene av e-konsultasjoner i hver av de ulike kategoriene.

E-konsultasjon erstatter fysisk konsultasjon hvor e-konsultasjon er egnet

Vi regner det for sterkt sannsynlig at bruk av e-konsultasjon i tilfeller hvor det ikke er behov for fysisk undersøkelse eller prøvetakning har positive effekter og er tilnærmet likeverdig med en fysisk konsultasjon. Kunnskapsoppsummeringen fra NSE, vedlegg til denne rapporten, gir støtte for at e-konsultasjoner kan erstatte fysiske konsultasjoner i visse situasjoner. Det samme gjør intervjuundersøkelsen av fastleger gjennomført som del av dette prosjektet, som også er dokumentert i vedlegg til rapporten.

Ifølge fastlegene vi har intervjuet er tidsbruken i en e-konsultasjon lavere enn dersom konsultasjonen hadde blitt gjennomført fysisk. Dette har flere årsaker, blant annet at pasientene tar opp færre problemstillinger i en e-konsultasjon enn i en fysisk konsultasjon, at e-konsultasjoner oftere enn fysiske konsultasjoner gjennomføres innen den avsatte tidsrammen og at pasientene uttrykker seg mer konsist og presist.

I tillegg til tidsbesparelser for legene gir e-konsultasjoner tidsbesparelser for pasienter, som slipper å reise, ta seg fri fra jobb, m.m.

E-konsultasjoner erstatter fysisk konsultasjon i tilfeller hvor e-konsultasjon ikke er egnet

Det kan ikke utelukkes at det vil bli gjennomført e-konsultasjoner hvor det er behov for å gjøre fysiske undersøkelser eller å ta prøver. E-konsultasjonene kan dermed ende med en ytterligere fysisk konsultasjon, samt at behandlingen kan forsinkes, eller i ytterste konsekvens at medisinske tilstander ikke oppdages.

Dersom tapt informasjon leder til at livsviktig behandling ikke blir igangsatt, kan slike tilfeller potensielt gi svært store negative effekter.

Det er imidlertid sannsynlig at det vil være mulig å minimere slike konsekvenser av e-konsultasjon, dersom man legger opp til en regulert, evidensbasert bruk av e-konsultasjon.

Videokonsultasjon benyttes i tilfeller hvor pasienten ellers ikke ville kontaktet lege

Tilbudet om videokonsultasjon gjør at innbyggere får lavere kostnader for å bestille legetime, når man også regner med reisekostnad og tidskostnad. Dette kan medføre at det blir en høyere etterspørsel etter legetimer totalt sett. Dette vil kunne gi en økt belastning på fastlegene.

For samfunnet som helhet kan det enten være positivt eller negativt at etterspørselen etter behandling i primærhelsetjenesten øker. Dette avhenger av om det er en stor mengde ubehandlede tilstander i befolkningen som dersom de ble behandlet ga en betydelig helsegevinst. På den annen side kan økt etterspørsel etter behandling bestå av at innbyggere henvender seg til lege for behandling av helseplager som enten vil gå over av seg selv, som pasienten kan selvbehandle ut fra råd fra offentlige helsemyndigheter, eller som ikke har noen nevneverdig betydning for pasientens helse. Hvis det er overvekt av sistnevnte vil økt etterspørsel gi økte kostnader i helsevesenet og kanskje fortrengte behandling av tilstander med større betydning.

Drøfting av de samlede effektene av bruk av e-konsultasjon

Fastlegene vi har intervjuet uttrykker at det er tilfeller hvor videokonsultasjoner er egnet, og tilfeller hvor det ikke er egnet, men at de i stor grad klarer å skjelne mellom tilfellene. Ingen av legene antyder at mange videokonsultasjoner resulterer i en fysisk konsultasjon fordi videokonsultasjonen ikke var tilstrekkelig. Løsningene for videokonsultasjon kan også utformes på en måte som filtrerer vekk tilfeller som ikke egner seg for konsultasjon via video, og styre dem over på fysisk konsultasjon eller et annet tilbud.

Vi legger derfor til grunn at det kun vil være en liten andel av videokonsultasjoner som gjennomføres hvor det ikke er egnet med konsultasjon over video. Vi regner det derfor som svært sannsynlig at de positive effektene ved at videokonsultasjon brukes der det er egnet veier opp for de negative effektene av at det også er noen tilfeller hvor videokonsultasjon ikke er egnet. Dette forutsetter at man legger til rette for at legene kan gjøre gode vurderinger i det enkelte tilfelle, og gir tilstrekkelig støtte for dette.

Vi regner det også som svært sannsynlig at økt tilbud av videokonsultasjon vil øke etterspørselen etter legetimer totalt sett. Dette vil antakeligvis kun i begrenset grad gi helsegevinster for befolkningen, men heller gi økt belastning for fastlegene.

For å vurdere hvor omfattende effekten av å gjøre videokonsultasjon til et mer tilgjengelig tilbud er det nødvendig å se nærmere på hvor stor utbredelse videokonsultasjoner kan antas å få. Dette vil avhenge av hvilke tiltak som iverksettes for å utbre bruken av videokonsultasjon blant fastlegene, herunder tiltak for å gjøre teknologien tilgjengelig gjennom EPJ, den offentlige portalen Helsenorge, regulatoriske tiltak, insentivering gjennom stønadsforskriften m.m.

Det er ikke alle innbyggergrupper som har forutsetninger for eller ønske om å ta i bruk et digitalt helsetilbud som erstatning for eller komplement til fysisk primærhelsetjeneste. Det vil derfor fortsette å være ulik utbredelse av bruk av det digitale helsetilbudet i ulike innbyggersegmenter. Dette begrenser potensialet for utbredelse av videokonsultasjoner, slik at det ikke vil være realistisk at man kommer til et punkt hvor alle konsultasjoner som i teorien kunne vært gjennomført som videokonsultasjoner vil bli det.

På neste side vises en tabell med virkningskjede for videokonsultasjoner. Kjeden skiller mellom tilfellene hvor videokonsultasjoner er egnet til å erstatte fysiske konsultasjoner, tilfeller hvor video ikke er egnet, tilfeller hvor videokonsultasjonene skaper økt etterspørsel, og tilfellet hvor videokonsultasjonen erstatter en telefonsamtale. De forskjellige brukereffektene som oppstår i de ulike tilfellene er listet opp i en egen kolonne. Hver av disse er klassifisert etter Bruttolisten over virkninger som er utarbeidet av E-helse ved bruk i samfunnsøkonomiske analyser. I tabellen inkluderes ikke implementeringskostnader for primærhelsetjenesten, eller tiltakskostnader for forvaltningen. Dette er estimert separat.

Brukereffektene og samfunnseffektene som er stilt opp i tabellen vil til sammen gi en samlet samfunnsvirkning av økt utbredelse av videokonsultasjoner. Denne samleeffekten vil blant annet avhenge av hvor stor andel av konsultasjonene som utføres som egner seg for video, hvor mange som ikke gjør det, og hvor mange som kommer av økt etterspørsel.

Tabellen over effekter er utarbeidet på grunnlag av kunnskapsinnhenting gjennom litteraturstudie, dybdeintervjuer med fastleger og workshopen 16.10.

Tiltak	Resultater	Brukereffekter	Interessent	Samfunnseffekt nivå 0	Samfunnseffekt nivå 1	Samfunnseffekter (nivå 4/5)	Nr.	
Videokonsultasjon gjøres tilgjengelig for en andel av pasientene/alle gjennom Helsenorge/annen portal	Innbyggere bruker videokonsultasjon når det er egnet	Innbyggere får raskere helsehjelp (fastlege mer tilgjengelig, direkte på grunn av at videokonsultasjon kan gjennomføres tidligere, og indirekte ved mer effektiv tidsbruk)	Innbygger	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av raskere behandling	1	
		Et visst antall fysiske konsultasjoner erstattes av videokonsultasjoner (sparer tid, fastleger kan bruke tiden på andre viktige aktiviteter)	Helse- og omsorgstjenesten	Effektivitet	Tidsbruk	Tid benyttet til fysisk konsultasjon (differanse)	2	
		Minsket smittefare fordi pasient med smittsom sykdom ikke kommer til legekantoret	Samfunnet for øvrig/Innbygger	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av redusert smittefare	3	
		Fastleger kan strukturere arbeidsdagen bedre, redusere start-stopp-kostnader	Helse- og omsorgstjenesten	Effektivitet	Tidsbruk	Tidsbruk som følger av stopp-start	4	
		Redusert administrativ byrde ved at flere timeavtaler registreres automatisk/færre telefoner	Helse- og omsorgstjenesten	Effektivitet	Tidsbruk	Tidsbruk ved håndtering av logistikk	5	
		Redusert tidsbruk og reisekostnad for innbygger	Innbygger	Effektivitet	Tidsbruk	Reisetid ved konsultasjoner	6	
		Innbyggere opplever at fastlegen er mer tilgjengelig	Innbygger	Kvalitet	Brukeropplevelse	Endring i opplevelse av helsetjenestene	7	
		Innbyggere bruker videokonsultasjon i noen tilfeller når det ikke er egnet	Det må utføres vanlig konsultasjon i tillegg til e-konsultasjon - (Fastlegen må bruke mer tid enn dersom en fysisk konsultasjon var avtalt med en gang)	Helse- og omsorgstjenesten	Effektivitet	Tidsbruk	Tid benyttet til digital konsultasjon	8
			Innbyggere får feilbehandling/utilstrekkelig behandling (på grunn av dårligere informasjonsgrunnlag, innbygger kan ikke ta opp alle problem som hen ville ved fysisk konsultasjon)	Innbygger	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av dårligere behandling	9
		Innbyggere bruker også videokonsultasjon i tilfeller hvor de i ellers ikke ville gått til lege (økt etterspørsel)	Innbyggere får behandling det ikke er behov for (på grunn av dårligere informasjonsgrunnlag)	Helse- og omsorgstjenesten	Effektivitet	Tidsbruk	Tid benyttet til digital konsultasjon	10
			Innbyggere får nødvendig behandling tidligere, som er forebyggende og som de ellers ikke ville søkt	Innbygger	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av riktigere behandling	11
		De aller fleste konsultasjoner fortsetter å utføres fysisk - enten pga pasientens valg eller fordi lege/sekretær styrer pasient vekk fra video	Evt. enklere tilgang til fastlege ved at en viss mengde fysiske konsultasjoner har falt bort, eller dårligere dersom etterspørselen etter primærhelse øker mye	Innbygger			Uviss	12
			Lege/sekretær må svare på bestillinger av videokonsultasjon som omgjøres til fysisk konsultasjon	Helse- og omsorgstjenesten	Effektivitet	Tidsbruk (adm)	Tidsbruk ved håndtering av logistikk	13
		Innbyggere/leger reduserer bruken av telefon/e-post i kommunikasjonen	Innbyggere får riktigere behandling	Innbygger	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av riktigere behandling	14
			Samtaler på video i sertifisert løsning gir større pasientsikkerhet enn f.eks. telefon/e-post	Samfunnet for øvrig	Kvalitet	Brukertilfredshet	Endring i opplevd sikkerhet for at data ikke kommer på avveie	15

Tabellen under viser oppsummerte effekter på samfunnsnivå av økt utbredelse av videokonsultasjoner. Hver linje korresponderer til den samlede virkningen av brukereffektene som er vist i tabellen på forrige side.

Interessent	Brukereffekt	Samfunns effekt nivå 0	Samfunns effekt nivå 1	Samfunns effekter (nivå 4/5)	Nr.
Helse- og omsorgstjenesten	Redusert tidsbruk som følge av mer effektive konsultasjoner, men også noe økt volum av konsultasjoner. Netto antas en besparelse	Effektivitet	Tidsbruk	Tid benyttet til fysisk konsultasjon (differanse)	2,8,10
	Minsket smittefare	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av redusert smittefare	3
	Bedre arbeidsflyt, med færre modusskift	Effektivitet	Tidsbruk	Tidsbruk som følger av stopp-start	4
	Færre telefoner til legekantoret, men også noe logistikk knyttet til timeadministrasjon	Effektivitet	Tidsbruk	Tidsbruk ved håndtering av logistikk	5,13
Innbygger	Raskere helsehjelp	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av raskere behandling	1,11
	I enkelte tilfeller kan innbygger få dårligere helsehjelp	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av dårligere behandling	9
	Innbyggere opplever at fastlegen er mer tilgjengelig	Kvalitet	Brukeropplevelse	Endring i opplevelse av helsetjenestene	7,12
	Redusert tidsbruk og reisekostnad for innbygger	Effektivitet	Tidsbruk	Reisetid ved konsultasjoner	6
	Behandling av høyere kvalitet der alternativet er telefonsamtale	Kvalitet	Helsetilstand	Som følge av riktigere behandling	14
Samfunnet for øvrig	Samtaler på video i sertifisert løsning gir større pasientsikkerhet enn f.eks. telefon/e-post	Kvalitet	Brukertilfredshet	Endring i opplevd sikkerhet for at data ikke kommer på avveie	15

Tabellen er kondensert videre, og en oversikt over effektene på samfunnsnivå er vist i Tabell 8-1.

Forutsetninger for vurderingen av konsekvenser

Forutsetning	Sats
Analyseperiode	2019-2028
Neddiskonteringsår	2018
Kalkulasjonsrente	4 %
Skattefinansieringskostnad	20 %
Reallønnsjustering (BNP-vekst/person)	0,8 %
Befolkningsvekst	1,03 %
Antall konsultasjoner i 2018	14 283 000
Antall fastleger i 2018	4759
Verdi av fritid, kr	140
Reisetid tur/retur fastlege, minutter	30
Reisekostnad tur/retur fastlege, kr	50
Varighet fysisk konsultasjon, minutter	20
Varighet videokonsultasjon, minutter	15
Tidsbruk tekstkonsultasjon, minutter	5
Takst fysisk konsultasjon, kr	257
Egenandel fysisk konsultasjon, kr	205
Refusjon fysisk konsultasjon, kr	53
Takst videokonsultasjon, kr	257
Egenandel videokonsultasjon, kr	205
Refusjon vidoekonsultasjon, kr	53
Takst tekstkonsultasjon, kr	160
Egenandel tekstkonsultasjon, kr	155
Refusjon tekstkonsultasjon, kr	5
Andel egenandel som refunderes av Helfo	40 %

Beskrivelse av beregningsmodellen

Beregningene av konsekvenser er gjort basert på metode for samfunnsøkonomisk analyse, i tråd med DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser.

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet av tiltakene er beregnet ved å prissette virkninger for berørte aktører i så stor grad som mulig. Virkninger som ikke er prissatt er vurdert gjennom metode for ikke-prissatte virkninger.

Prissatte virkninger er vurdert ut fra årlige verdier, stilt opp i perioden 2019-2028. Virkningene per år er deretter neddiskontert til nåverdien per 2018, ved bruk av en kalkulasjonsrente på 4 %. Det er ikke regnet noen restverdi av effekter av tiltakene etter 2028, og det antas at drift- og forvaltningskostnadene ikke fortsetter etter dette året.

https://www.accenture.com/t20170920T205302Z_w_/no-en/acnmedia/PDF-59/Accenture-Digitale-Norge-2.pdf#zoom=50 (s.7).

Hele beregningsmodellen er dokumentert i regnearket «01_Regnearkmodell for konsekvenser i rapporten.xlsx», som er lagret på prosjektsiden på E-helses Sharepoint-område.

Beregningsmodellen bygger på et stort antall forutsetninger. Den viktigste er antakelsen om utviklingen i bruk av e-konsultasjoner som ligger bak utviklingsbanene for andel e-konsultasjon i nullalternativet og de ulike konseptene. Disse utviklingsbanene er prognoser for andelen e-konsultasjon, ut fra kvalifisert gjetning om effektene av tiltakene.

Hovedprinsippet for beregning av virkninger av tiltaket er at de fremskynder en innføring av e-konsultasjoner i fastlegetjenesten, en innføring som vi antar uansett ville skjedd. Gevinsten av tiltaket består derfor av at man får nytte av innføringen raskere enn man ellers ville gjort. Dette prinsippet gjør at man unngår det vanskelige spørsmålet om hva effekten av tiltakene er langt fram i tid, dersom man ikke har satt en sluttdato for tiltaket.

Beregningene støtter seg også på en antakelse om hvor lang tid e-konsultasjoner gjennom tekst og video tar sammenliknet med fysiske konsultasjoner.

Forutsetninger om fastlegenes tidsbruk og fordeling på type konsultasjoner

Intervjuundersøkelsen av fastleger gir en indikasjon på tidsbruken ved e-konsultasjoner sammenliknet med fysiske konsultasjoner. Der er gjennomsnittlig tidsforbruk på en videokonsultasjon ca. 5 minutter kortere enn en fysisk konsultasjon. Vi tar derfor utgangspunkt i at en fysisk konsultasjon, inkludert forarbeid, gjennomføring og etterarbeid tar 20 minutter. For en videokonsultasjon antar vi at samlet tidsbruk er 15 minutter. For en tekstkonsultasjon antar vi at tidsbruken er 5 minutter. Vi legger til grunn følgende modell for en fastleges bruk av e-konsultasjoner, når andelen e-konsultasjoner er 15 %, 45 %, og et gjennomsnitt av dette (30 %), hvorav 20 % av konsultasjonene er videokonsultasjoner og 10 % er tekstkonsultasjoner. Vi bruker gjennomsnittsanslaget som utgangspunkt for den videre analysen.

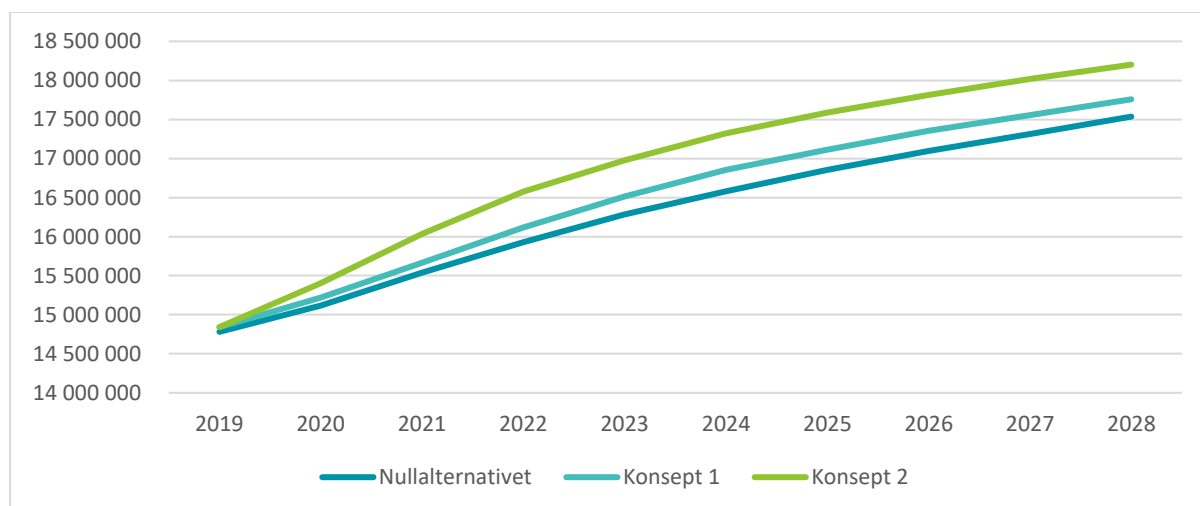
Konsultasjoner per dag				
	Dagens situasjon	15 % e-konsultasjon	45 % e-konsultasjon	30 % e-konsultasjon
Antall konsultasjoner fysisk	18	16	13	14,5
Antall videokonsultasjoner	0	2	6	4
Antall tekst-konsultasjoner	0	1	3	2
Sum konsultasjoner	18	19	22	20,5
Prosentvis endring antall konsultasjoner		6 %	22 %	14 %

Fordelingen mellom fysiske konsultasjoner, videokonsultasjoner og tekstkonsultasjoner gjengitt i tabellen over, med tidsbruken vi har antatt, medfører at fastlegene har den samme arbeidsmengden målt i tid i alle scenariene. Dette regner vi for en rimelig antakelse, ettersom fastlegene til en viss grad kan styre arbeidsmengden selv, samtidig som etterspørselen etter konsultasjoner antakeligvis vil øke noe som følge av økt tilgjengelighet. Ved å holde samlet tidsbruk fast sier vi ikke noe i den ene eller den andre retningen om hvilken utvikling fastlegens tidsbruk vil ha.

Utviklingsbanene for nullalternativet og konsept 1 og 2.

Økt bruk av e-konsultasjon langs utviklingsbanene innebærer i modellen at en stadig større prosentvis andel av fastlegene går fra konsultasjonsmengden i kolonnen «Dagens situasjon» til kolonnen «30 % e-konsultasjon», i tabellen på forrige side. Dette medfører at det gjennomføres flere e-konsultasjoner i takt med utviklingsbanene, men det gjennomføres også flere konsultasjoner totalt. Det er også lagt inn en befolkningsvekst på 1,03 prosent årlig i utviklingsbanen for konsultasjoner.

I beregningsmodellen innebærer dette at antall konsultasjoner hos fastlege for hele landet øker fra ca. 14,7 millioner til ca. 18,2 millioner i 2028.



Virksomheter som følge av utviklingsbanene

Alle virkninger som forårsakes av at fastlegene implementerer e-konsultasjon og begynner å tilby tjenesten til listeinnbyggerne påvirkes av banen for totalt antall konsultasjoner og andel e-konsultasjoner. Disse virkningene er:

- Tidsbesparelse for innbyggere
- Reduserte reisekostnader for innbyggere
- Endret inntekt for fastlegene gjennom økt konsultasjonsvolum
- Endrede egenandeler for innbyggere gjennom økt konsultasjonsvolum
- Økt refusjon fra Helfo gjennom økt konsultasjonsvolum
- Fastlegenes kostnader for innføring og lisenser for e-konsultasjon

Tidsbesparelse og reduserte reisekostnader for innbyggere beregnes ved å multiplisere redusert antall fysiske konsultasjoner per år med den verdsatte tidsbesparelsen og reisekostnaden per legebesøk.

Endret inntekt for fastlegene, endrede egenandeler og økt refusjon fra Helfo beregnes ved å multiplisere totalt antall konsultasjoner av hver type per år med takst, egenandel og refusjonsbeløp for hver konsultasjonstype for konsept 1 og 2, og trekke fra det samme beløpet for nullalternativet.

For fysiske konsultasjoner har vi lagt til grunn takst 2ad og 2dd i Normaltariffen 2018-2019. For videokonsultasjoner har vi lagt til grunn 2ae og 2dd, og tekstkonsultasjoner 2ae.

40 prosent av økte egenandeler antas å isteden legges til beløpet for økt refusjon fra Helfo, på grunn av fritak for egenandeler.

Fastlegenes kostnader for innføring beregnes ut fra hvor stor andel av alle leger som beregnes å implementere e-konsultasjon hvert år, i konsept 1 og 2 sammenliknet med nullalternativet.

Fastlegenes kostnad for lisenser beregnes basert på hvor stor andelen av e-konsultasjon er sammenliknet med i nullalternativet.

Virkninger av konseptene

Kostnadsvirkningene i konseptene er utførlig beskrevet i kapittel 8. I beregningsmodellen er kostnadene plassert i tid, og medregnet i de årlige virkningene.

Kostnader som består av lønnsutgifter prisjusteres i takt med forventet lønnsvekst, i tråd med anbefalingene i Regjeringens rundskriv R-109/2014.

12.4 Kunnskapsoppsummering om effekter av e-konsultasjoner⁸⁴

Dette notat er mottatt fra Nasjonalt senter for e-helseforskning 8.11.2018.

Introduksjon

Dette notatet oppsummerer en kartlegging av effekter av bruk av e-konsultasjoner som involverer fastlege /primærlege og legevakt. Begrepet e-konsultasjoner omfatter i denne sammenhengen digital kontakt mellom lege og pasient i form av utveksling av tekst eller bilde eller over videokonferanse. Dokumenterte effekter av e-konsultasjoner kan blant annet være økonomiske, kliniske. Kartleggingen omfatter også legenes og pasientenes brukererfaringer.

Bruken av e-konsultasjoner er i rask utvikling. Systematiske gjennomganger peker på behovet for mer forskning rundt e-konsultasjoner, både for å skaffe kunnskap om økonomiske effekter og kliniske effekter, men også for å skaffe mer kunnskap om bruk av e-konsultasjoner og hvordan de fungerer i en klinisk setting og hvordan de kan forbedres. I tilfeller hvor datagrunnlaget fra primærhelsetjenesten er manglende har vi forsøkt å supplementere med erfaringer fra spesialisthelsetjenesten.

⁸⁴ Søkeord, søkestrategi og referanseliste fås fra Helsedir eller NSE.

Metode

Det ble gjort systematiske litteratursøk på norsk og engelsk i PubMed, Cochrane og Scopus (søkeord i vedlegg). Søkene ble begrenset til systematisk kunnskapsoversikter (systematic reviews) som er publisert i 2005 eller seinere. Det ble funnet 59 systematisk kunnskapsoversikter fra PubMed, 139 fra Cochrane og 40 fra Scopus basert på tittel og abstrakt. Abstraktene ble gjennomgått. Seks systematisk kunnskapsoversikter ble inkludert og artiklene lest i fulltekst (1) (2) (3) (4) (5) (6). Inklusjonskriteriet er at de omhandler effekter av e-konsultasjoner (video, tekst, bilde) i primærhelsetjenesten. Begrepet e-konsultasjoner inkluderer her ikke telefonkonsultasjoner eller monitorering av kroniske sykdommer. Timebestilling og reseptfornyelse er heller ikke inkludert med mindre dette inkluderes som en del av et system som tilbyr e-konsultasjoner. Enkelte studier om avstandsoppfølging av kronisk syke er imidlertid inkludert.

Videre ble referanselistene til de inkluderte systematisk kunnskapsoversiktene gjennomgått. Det ble også foretatt videre (usystematiske) søk etter flere publikasjoner av de involverte forfattere, samt etter mer dokumentasjon om studier det ble referert til i disse artiklene. Alle publikasjoner som tilfredsstilte inklusjonskriteriene ble gjennomgått.

I tillegg ble det gjort usystematiske søk etter nyere publikasjoner som enda ikke er inkludert i systematiske kunnskapsoversikter samt publikasjoner som omhandler mer generelle erfaringer rund bruk av informasjonsteknologi for kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Her er også erfaringer fra spesialisthelsetjenesten inkludert. Til sist ble det gjort usystematiske søk etter ikke-vitenskapelige publikasjoner som avisartikler, prosjektrapporter, konsulentrapporter o.l.

Litteraturgjennomgang

Videre oppsummeres resultater fra vår kartlegging av bruk av e-konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Det systematiske litteratursøket avdekker ingen studier som ser på bruk av videokonferanse mellom fastlege/primærhelsetjenesten og pasienter, mens det finnes en del studier som ser på bruk av email. Tidlig på 2000-tallet ble en del studier om epostkontakt eller epostkonsultasjoner mellom pasienter og primærlege publisert, hovedsakelig i USA (Casey B. White, 2004) (Virji A, Use of email in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication) (Eric M. Liederman, 2003). Disse studiene så på bruk av usikker epost og spørsmål om sikkerhet og konfidensialitet er ofte diskutert. Vi har også funnet en del nyere studier. De fleste av disse er også fra USA, men det finnes også studier fra Canada, Storbritannia og andre europeiske land. Disse studiene ser nå på bruk av sikker epost og meldinger sendt via web-portaler (Houston TK) (Brant H) (Atherton.). Studiene beskriver epost brukt for å få prøvesvar, spørre konkrete spørsmål, administrative spørsmål og konsultasjoner der det sendes tekst og evt. bilde (7) (13) (14).

Når vi tar med artikler som ikke nødvendigvis er inkludert i systematiske kunnskapsoversikter har vi også funnet erfaringer med bruk av videokonsultasjon i både primær og sekundærhelsetjenesten, men her vurderes videokonsultasjon gjerne sammen med telefonkonsultasjon. I usystematiske søk finner vi også bruk av tekstkonsultasjon mellom pasient og spesialisthelsetjenesten.

Klinisk egnethet

Om e-konsultasjoner er «egnet» eller «uegnet» for å gi behandling avhenger av i hvilke tilfeller det brukes og hvordan det brukes. Mange leger etterlyser retningslinjer for bruk av tekst og videokonferanse-konsultasjoner (12), men ettersom arbeidsoppgavene i helsevesenet er svært

varierte er det vanskelig å lage overordnede kategorier som beskriver når e-konsultasjoner er egnet eller uegnet. Dette reflekteres også i den tilgjengelige litteraturen, som i stor grad preges av pilotstudier der man har klart å isolere ut enkeltoppgaver hvor e-konsultasjon kan brukes som et nyttig hjelpemiddel. Det har til nå derfor ofte vært opp til den enkelte lege å avgjøre i hvilke situasjoner e-konsultasjon er passende.

Ofte brukes epost for enkle spørsmål og oppfølging av symptom og lidelser som er kjent fra før (Klinar I) (Tjora Aksel). Dette gjelder også for kroniske sykdommer (Voruganti T) (Patt MR). Det fremheves at epost ikke egner seg for øyeblikkelig hjelp og når det er behov for raske svar (3), samt når undersøkelser av pasienten er nødvendig (3). I noen sammenfatninger konkluderes det med at epost ikke bør brukes til pasienter som ikke er kjent av legen fra før (18). Samtidig ser man at det dukker opp kommersielle helsetilbud som tilbyr e-konsultasjoner uten at man trenger å ha noen etablert kontakt mellom lege og pasient (29).

E-konsultasjon kan potensielt brukes i behandling av de fleste store pasientgrupper, men er fra primærhelsetjenesten oftest dokumentert brukt til behandling av akutte luftveg og urinvegsinfeksjoner, hudlidelser og psykiatri (4) (30) (25).

Erfaringer fra Norge og andre land (USA, Storbritannia) viser at e-konsultasjoner i dag kun utgjør en liten del av det totale antallet konsultasjoner, men at bruken er økende når leger og pasienter blir kjent med de nye mulighetene (11) (14) (19) (20) (27) (31). Fra primærhelsetjenesten ble det funnet én studie som omhandler hvor stor andel av konsultasjoner som kan utføres på e-mail/online-konsultasjoner. I et pilotprosjekt hvor pasienten selv valgte om de ville bruke en internettportal i stedet for vanlig konsultasjon ble 7% av alle konsultasjoner som omhandlet enten urinvegsinfeksjon eller bihulebetennelse utført elektronisk (20). I en studie fra spesialisthelsetjenesten der passende pasienter ble invitert til å bruke e-konsultasjon som alternativ til vanlig poliklinisk konsultasjon ble 2-20% av alle konsultasjoner gjennomført elektronisk (28). Det er vanskelig å estimere hvor stor andel av vanlige konsultasjoner som potensielt kan erstattes av e-konsultasjoner. Estimater er usikre og spriker stort.

Legers og pasienters brukererfaringer

Mange studier fra primærhelsetjenesten evaluerte pasientenes og legenes erfaringer med e-konsultasjoner. Studiene fra primærhelsetjenesten så først og fremst på bruk av tekstbasert kommunikasjon som epost. Fra spesialisthelsetjenesten finner vi også erfaringer fra bruk av videokonsultasjon. Brukererfaringer fra leger og pasienter i spesialist og primærhelsetjenesten er nokså like.

Studiene viser at leger og pasienter ofte ser ulikt på e-konsultasjoner. Pasienter er positive og ønsker muligheten til å bruke e-konsultasjoner (Virji A, Use of email in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication). Leger er ikke kategorisk avvisende, men mer skeptiske (23) (26) (35). De frykter at bruk av epost kan føre til brudd på deres konfidensialitet, f.eks. hvis epost kommer på avveie (Hobbs J). Denne bekymringen deles av pasienter, som også opplever usikkerhet rundt hva slags helsepersonell som leser deres henvendelser (Fage-Butler Antoinette Mary) (Houston TK). Leger opplever i mange pilotprosjekter at programvaren for e-konsultasjon er lite brukervennlig og frykter at e-konsultasjon kan øke deres arbeidsbyrde (Atherton.) (28) (30) (32). I tillegg vil de ikke utføre e-mailkonsultasjoner uten refusjoner/betaling (Hobbs J) (Kittler AF). Pasienter som har brukt email fremhever bekvemmeligheten ved å kunne kontakte legen uansett hvor de befinner seg (Ye) og muligheten til en rask avklaring av enkle spørsmål uten å måtte møte opp på legekontoret (Ye). Videre fremheves at legen blir mer tilgjengelig (Ye) (Fage-Butler Antoinette

Mary) (Tjora Aksel), at kvaliteten på oppfølging bedres (Ye) (Patt MR) og at det ofte kan være mer komfortabelt å ta opp sensitive tema over avstand (Ye) (Houston TK) (34).

Effekter på behandling

Det er gjort mange studier som undersøker effekten av forskjellige former for telemedisin. Mange klarer å påvise en god effekt, men det er vanskelig å systematisere disse pga. av delvis sprikende resultater og varierende kvalitet og forskningsmetodikk. Vellykket implementering av ny teknologi i helsetjenesten ikke bare er avhengig av legene og pasientene som skal ta det i bruk. Det må i tillegg legges strukturelt, teknisk og organisatorisk til rette for at innovasjoner skal utnyttes optimalt. En del systemer viser manglende effekt, men det er ofte uklart hva som gjør at det ikke fungerer. Ofte vil piloter strandre på manglende brukervennlighet og smale organisatoriske rammebetingelser.

Det er likevel en betydelig mengde tilgjengelig data som tyder på at forskjellige former for e-helse er nyttig til forskjellig bruk, hos forskjellige pasientgrupper (Totten AM). Her har vi mest og best datagrunnlag fra spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes mest sannsynlig at nytten ved e-konsultasjon er mer åpenbar når det er lav tetthet av helsepersonell og dermed også gjerne lang reisevei. I spesialisthelsetjenesten er det også lettere å isolere ut spesifikke oppgaver der telemedisin kan antas å være nyttige. Generelt er effekten best dokumentert for oppfølging og behandling av kroniske somatiske sykdommer, livsstils intervensjon og psykoterapi. For kroniske hjerte- og karsykdommer og respirasjonssykdommer har man vist at e-konsultasjoner kan bidra til å senke dødelighet samt øke livskvalitet. Både oppfølging via både tekst, og video kan være nyttig.

I mange studier kan det være vanskelig å skille ut effekten ved e-konsultasjoner da dette ofte kun inngår som en komponent i et endret oppfølgingsregime. Således må effekten ofte sees i sammenheng med en endring i helsehjelpen som helhet, og ikke nødvendigvis bare med den tekniske komponenten, som også gjerne strekker seg utenfor e-konsultasjons-begrepet. Slike studier refereres likevel fordi e-konsultasjoner inngår i det samme komplekset av ny teknologi som muliggjør omlegging av helsehjelp.

Erfaringsgrunnlaget fra primærhelsetjenesten hvor e-konsultasjon tilbys som et alternativ til vanlig konsultasjon er tynnere, men ikke fraværende. Generelt beskrives bruk av tekst-kommunikasjon, enten via epost, pasientportaler eller SMS. I tilgjengelige studier måles gjerne effekt ved hjelp av sekundære måleparametere som «frekvens av rekonsultasjon/rehenvising» (Bashshur RL & 22(5):342-75.). Man har her i noen tilfeller klart å finne positive effekter. Samtidig anerkjennes det at det er en generell mangel på kunnskap rundt effekten av slik e-konsultasjon (Totten AM) (Bashshur RL & 22(5):342-75.). Denne usikkerheten speiles også i legers holdninger til bruk av e-konsultasjon (Brant H) og bør adresseres.

Økonomiske effekter

Noen studier viser til potensielle besparelser i allmennpraksis (Bake Laurencer), men få viser til data eller analyser som konkluderer med dette. Den mest åpenbare innsparingen slik e-konsultasjoner planlegges brukt i dag vil være på pasientens arbeidstid og transportkostnader. Selv om vi har lite informasjon fra allmennpraksis, er dette dokumentert for bruk av e-konsultasjon ved poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjenesten (32). Dette vil igjen kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster. Eksakt hvor store disse vil bli vil avhenge av lokale forhold som f.eks reisevei samt hvor stor andel av pasientmassen man klarer å ta unna på denne måten.

Kostnader for innkjøp av utstyr er rapportert fra spesialisthelsetjenesten. Her skjer det dog en rask utvikling. Innkjøp av slik teknologi var mye dyrere for 10 år siden enn det er i dag. Studier

hvor innkjøp av utstyr inngår i kostnadsanalysen kan derfor gi et skjevt bilde hvis de er eldre enn et par år (32).

Fra litteraturen finnes også kost-nytte-analyser som analyserer gevinst i form av forbedret helse hos pasienten og mindre forverringer/reinnleggelser. Systematiske kunnskapsoversikter på dette feltet favner ofte bredt, og inkluderer gjerne bruk av tekst/telefon/video/monitoreringsapper for å gi oppfølging av kompliserte pasientgrupper utenfor sykehus. Man har her i noen tilfeller klart å vise en klar innsparingseffekt, gjerne i situasjoner hvor konvensjonell behandling er svært kostbar, f.eks. på grunn av lang reisevei (26).

Fra primærhelsetjenesten er det påpekt at e-konsultasjoner kan lede til dobbeltarbeid fordi henvendelser via e-konsultasjon leder til oppfølging enten via telefon eller ved vanlig konsultasjon. Andelen av pasienter som får løst problemet i e-konsultasjonen eller må følges videre opp varierer i de ulike studiene (21) (26) (30) (40). Det er også usikkert om man ved å tilby e-konsultasjoner tiltrekker seg pasientgrupper (29) som ellers ikke ville tatt kontakt, og om behandling av denne gruppen er effektiv bruk av helsetjenestens ressurser.

På lang sikt vil e-konsultasjoner kunne føre til kostnadsreduksjoner på mange områder, fordi det gir muligheter til å omlegge/tilpasse helsetjenestene (38, 42). Ettersom vi ikke kan spå hva dette vil bety i praksis kan heller vi heller ikke estimeres de økonomiske effektene.

Tilgjengelighet

Erfaringer fra brukerundersøkelser viser at pasienter håper at e-konsultasjoner skal gi økt tilgjengelighet av helsetjenester. Det er usikkert hvilke pasientgrupper man når best gjennom e-konsultasjon kontra vanlig konsultasjon, men statistikk fra Sverige og Norge samt noen studier viser at de som bruker e-konsultasjoner mest i dag er kvinner og de i arbeidsfør alder (14) (20) (27) (39). For de i arbeid vil det være en stor fordel å kunne oppsøke helsehjelp uten å ta seg fri fra jobb. Man kan også se at en stor andel av kontaktene kommer i arbeidstiden (14).

I utgangspunktet skulle man tro at de eldre burde være blant de som kunne dra mest nytte av e-konsultasjoner fordi mange i denne gruppen har nedsatt mobilitet. Likevel er bruken lavere i denne gruppen ettersom eldre har høyere terskel for å ta i bruk ny teknologi. Erfaringer viser likevel at e-konsultasjoner kan brukes effektivt også her, forutsett at man er bevisst på disse utfordringene (43). F.eks. kan video-konsultasjon brukes i samarbeid med annet helsepersonell som f.eks. hjemmesykepleier og hjemmehjelp (36) (37). Generelt øker også eldres digitale kompetanse fra år til år.

Det er usikkert om bruk av e-konsultasjon som erstatning for vanlig konsultasjon er tidsbesparende for legene. Såfremt e-konsultasjoner ikke viser seg å være en tidstyv vil likevel innføring av e-konsultasjon kunne føre til økt tilgjengelighet for pasienter generelt. Lang ventetid og reisevei fungerer som barrierer for oppsøking av helsehjelp (41). Ved å fjerne slike barrierer kan e-konsultasjoner bidra til å øke tilgjengeligheten av helsetjenester. Samtidig er det en fare for at e-konsultasjoner føre til en omfordeling av oppmerksomhet til de som er i stand til å ta i bruk det nye tilbudet. Dette kan føre til overforbruk av helsetjenester. Samtidig trenger ikke en slik effekt å tilskrives e-konsultasjoner som sådan, men heller måten primærhelsetjenesten er organisert i dag. Å bruke ubekvemmelighet som et verktøy for rasjonering av helsetjenester er heller ikke ideelt (42).

12.5 Referanser til kunnskapsoppsummering

- Albert S.M., G. S. (u.d.). Internet-Based Medical Visit and Diagnosis for Common Medical Problems: Experience of First User Cohort. *Telemed J E Health*, 2011 May; 17(4): 304-308.
- Anand SG, F. M. (u.d.). A content analysis of e-mail communication between primary care providers and parents. *Pediatrics*. 2005 May;115(5):1283-8.
- Atherton., H. (u.d.). Use of email for consulting with patients in general practice. *Br J Gen Pract*. 2013 Mar; 63(608): 118–119.
- Bake Laurencer, J. R. (u.d.). Effect of an Internet-Based System for Doctor-Patient Communication on Health Care Spending. *J Am Med Inform Assoc*. 2005 Sep-Oct; 12(5): 530–536.
- Bashshur RL, H. J., & 22(5):342-75. (u.d.). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health*. 2016 May;22(5):342-75.
- Brant H, A. H. (u.d.). Using alternatives to face-to-face consultations: a survey of prevalence and attitudes in general practice. *Br J Gen Pract*. 2016 Jul;66(648):e460-6.
- Brant Heather, H. A. (u.d.). Using alternatives to face-to-face consultations: a survey of prevalence and attitudes in general practice. *Br J Gen Pract* Vol. 66, Issue 648, July 2016.
- Casey B. White, M. C. (2004). Content Analysis of E-mail Communication between Patients and Their Providers: Patients Get the Message. *Journal of the American Medical Informatics Association*.
- Edwards Hannah B, E. M. (u.d.). Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England. *BMJ Open*. 2017; 7(11): e016901.
- Erbe D, E. H. (u.d.). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2017 Sep 15;19(9):e306.
- Eric M. Liederman, C. S. (2003, May). Web Messaging: A New Tool for Patient-Physician Communication. *JAMA*, ss. Volume 10, Issue 3 , p260-270.
- Fage-Butler Antoinette Mary, M. N. (u.d.). The relevance of existing health communication models in the email age: An integrative literature review. *COMMUNICATION & MEDICINE, VOL 12, NO 2-3 (2015)*.
- Gaster B, K. C. (u.d.). Physicians' use of and attitudes toward electronic mail for patient communication. *J Gen Intern Med*. 2003 May;18(5):385-9.
- Hobbs J, W. J. (u.d.). Opportunities to enhance patient and physician e-mail contact. *Int J Med Inform*. 2003 Apr;70(1):1-9.
- Houston TK, S. D. (u.d.). Experiences of patients who were early adopters of electronic communication with their physician: satisfaction, benefits and concerns. *Am J Manag Care*, 2004 Sep; 10(9):601-8.
- Kittler AF, C. G. (u.d.). Primary care physician attitudes towards using a secure web-based portal designed to facilitate electronic communication with patients. *Inform Prim Care*. 2004;12(3):129-38.

- Klinar I, B. A. (u.d.). Increased demand for E-mail health consultation service: analysis of a Web survey. *Coll Antropol.* 2010 Jun;34(2):481-5.
- Mehrota A, S. P. (u.d.). Characteristics of Patients Who Seek Care via eVisits Instead of Office Visits. *Telemed J E Health*, 2013 Jul; 19(7):515-519.
- Padman R, G. S. (u.d.). A pilot Study of a New Kind of Healthcare Delivery. *Medinfo* 2010.
- Patt MR, H. T. (u.d.). Doctors who are using e-mail with their patients: a qualitative exploration. *J Med Internet Res.* 2003 Apr-Jun;5(2):e9.
- S., A. (u.d.). E-mail communication in paediatrics: Ethical and clinical considerations. *Paediatr Child Health.* 2010 Mar; 15(3): 163–165.
- Sawmynaden, P. A. (u.d.). Syst.review: Email for the provision of information on disease prevention and health promotion.Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.
- Tjora Aksel, T. T. (u.d.). Privacy vs Usability: A Qualitative Exploration of Patients' Experiences With Secure Internet Communication With Their General Practitioner. *Med Internet Res.* 2005 Apr-Jun; 7(2): e15.
- Totten AM, W. D. (u.d.). Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews [Internet].Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Jun. Report No.: 16.
- Verhoeven Fenne, L. v.-P. (u.d.). The Contribution of Teleconsultation and Videoconferencing to Diabetes Care: A Systematic Literature Review. , PhD J Med Internet Res. 2007 Oct-Dec; 9(5): e37.
- Virji A, Y. K. (2006, Aug). Use of email in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication. . *BMC Med*, s. 15;4:18.
- Virji A, Y. K. (u.d.). Use of email in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication. *BMC Med.* 2006 Aug 15;4:18.
- Voruganti T, G. E. (u.d.). Web-Based Tools for Text-Based Patient-Provider Communication in Chronic Conditions: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2017 Oct 27;19(10).
- Ye, J. R.-J. (u.d.). E-mail in patient-provider communication: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2010.
- Zanaboni P, S. T. (u.d.). Effekter av digitale innbyggertjenester. Prosjektrapport 02-2017, Nasjonalt senter for e-helseforskning.

12.6 Statistikk om fordelingen av e-konsultasjoner og ordinære konsultasjoner

Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon i Helsedir har innhentet data fra KPR og KUHR.

E-konsultasjoner fordelt på tid på dagen

Datamaterialet vi har tilgang til gir ikke informasjon om tidspunkt for hendelsen (kun dato for hendelsen). Vi har derfor ikke mulighet til å tilrettelegge statistikk som beskriver tidspunkt på døgnet for bruk av e-konsultasjon.

Datamaterialet

Det er benyttet data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og fra KUHR (databasen (kontroll og utbetaling av helserefusjoner)).

Statistikk fra KPR er fritt tilgjengelig fra registerets databankløsning. Registeret er nyopprettet og det er bare data fra 2017 som er tilgjengelig per i dag. Løsningen er fleksibel og gir mange muligheter for tilrettelegging av egne tabeller. Brukervennligheten er ganske god, men de mange mulighetene gjør det noen ganger litt utfordrende å vite hvilke valg man skal gjøre. I tillegg er det ofte litt lang responstid på nettsidene, både for å tilrettelegge tabeller og for å eksportere data til filformat som kan lastes ned.

Data fra KUHR er tilgjengelig lengre tilbake i tid. Vi har fått utlevert data om alle enkeltregninger for perioden 2013-2017. Data om enkeltregninger gir nokså stor fleksibilitet i tilretteleggingene, men siden dataene er anonyme mangler vi løpenummer for pasientene. Uten løpenummer kan vi analysere med "regning" men ikke med "pasient" som analyseenhet. Volumet av regninger er stort og alle kjøringer analyseverktøyet (SPSS) tar lang tid.

Det er altså benyttet to forskjellige datagrunnlag. Selv om begge datakildene er basert på det samme grunnlaget (regningskort fra fastleger og legevaktstjenester), vil det alltid være små forskjeller mellom slike datakilder. F.eks. var tallet for antall e-konsultasjoner 2017 i KPRs databank 92 236, mens det var 92 713 i data fra KUHR, en minimal forskjell.

Av personvern hensyn fikk vi utlevert data fra KUHR for de minste kommunene på et litt annet format (ikke informasjon om kjønn, og alder kategorisert i store grupper). Siden volumet av konsultasjoner for de små kommunene var svært lite (697 e-konsultasjoner i 2017, under én prosent av totalen), har vi valgt å ekskludere disse for å lette analysearbeidet.

Resultater

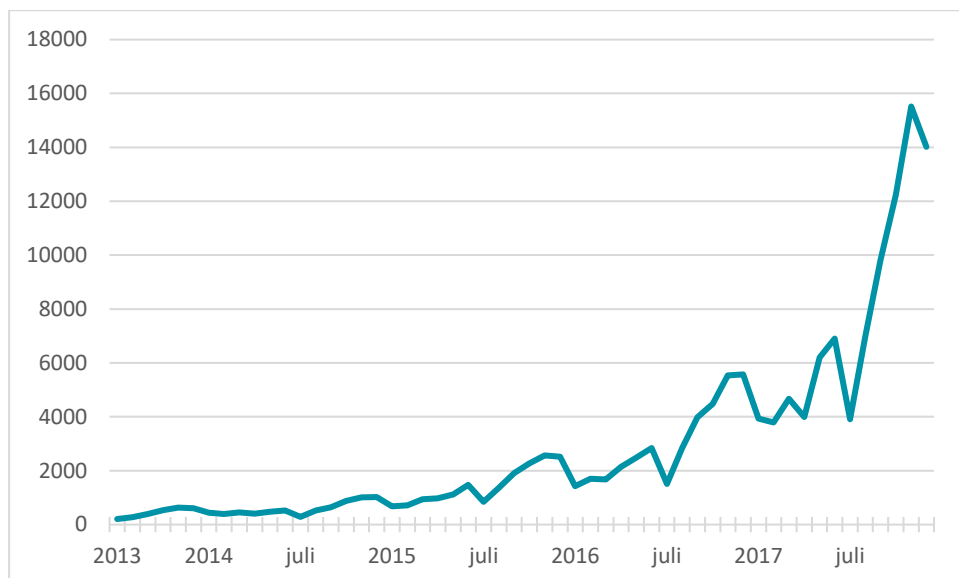
Vi har tatt utgangspunkt i figurer listet med henvisning til den svenske rapporten i bestillingsnotatet. Der hvor det har vært mulig, har vi tilrettelagt figurer og legger også ved tallgrunnlaget. For å øke fleksibiliteten for dere oversender vi både figurer og tabeller i Excel-format.

Antall e-konsultasjoner per måned

Data fra KUHR 2013-2017.

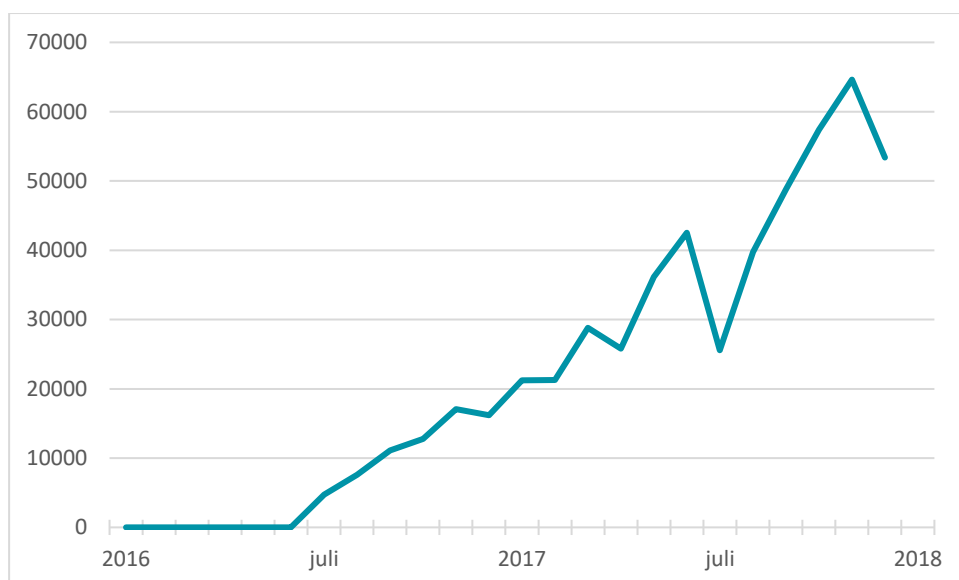
Figuren under viser at takst 2ae e-konsultasjon ble lite brukt frem til midten av 2015. I 2017 har det vært en sterk økning i bruken av takstkoden, med 15 518 konsultasjoner i november 2017 og 14 024 i desember 2017.

Figur 12-1. Antall regningskort med takst 2ae per måned for femårsperioden 2013-2017



Takst 1be Enkel pasientkontakt elektronisk ble ikke brukt før i juli 2016. Det har vært en sterk økning i antall slike kontakter hver måned etter innføringen, bortsett fra sommermåneden juli 2017.

Figur 12-2. Antall regningskort med takst 1be per måned for perioden juli 2016 til desember 2017. Takstkoden er ikke brukt før juli 2016

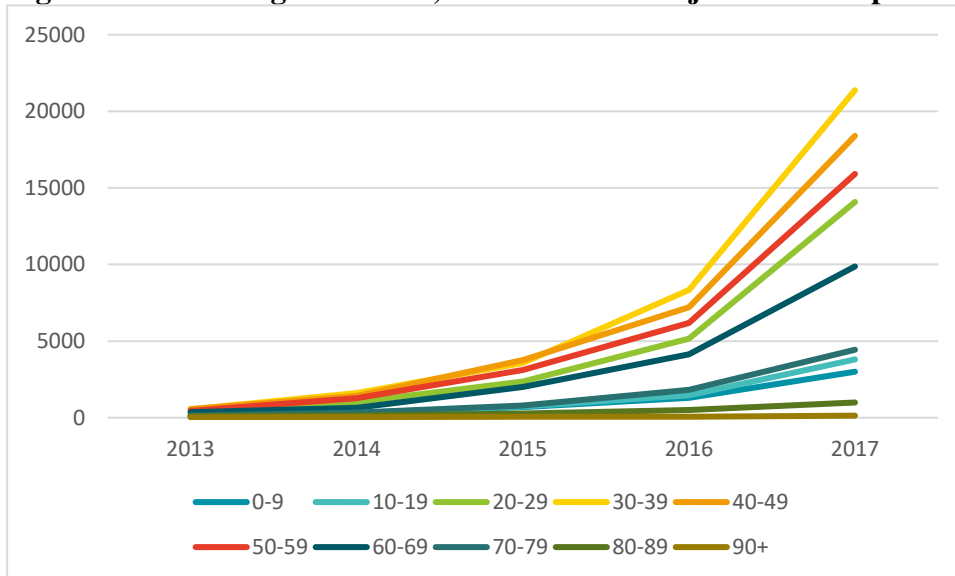


12.6.1.1.1.1 Antall e-konsultasjoner per aldersgruppe og kjønn

Data fra KUHR 2013-2017.

Figuren under viser at antallet e-konsultasjoner økte i alle aldersgrupper bortsett fra de aller eldste i perioden 2013 til 2017.

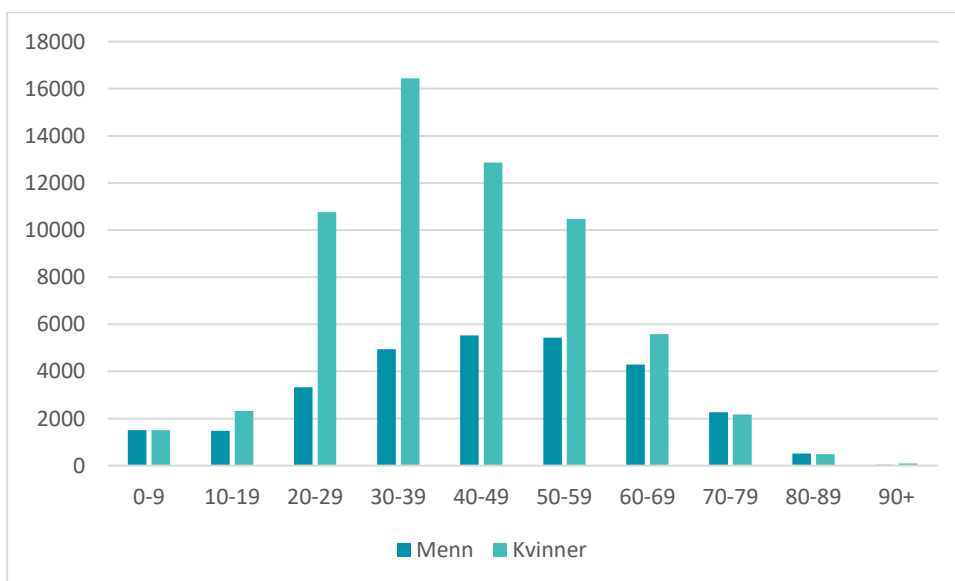
Figur 12-3 Utvikling 2013-2017, antall e-konsultasjoner fordelt på alderskategorier.



Siden takst for enkel elektronisk pasientkontakt forekom første gang i juli 2016 presenterer vi ikke figur for utvikling per aldersgruppe for disse. For utvikling i bruk av vanlige konsultasjoner henviser vi til notatet i SAMDATA kommuneserien om utvikling i bruk av legevakt og fastlege.

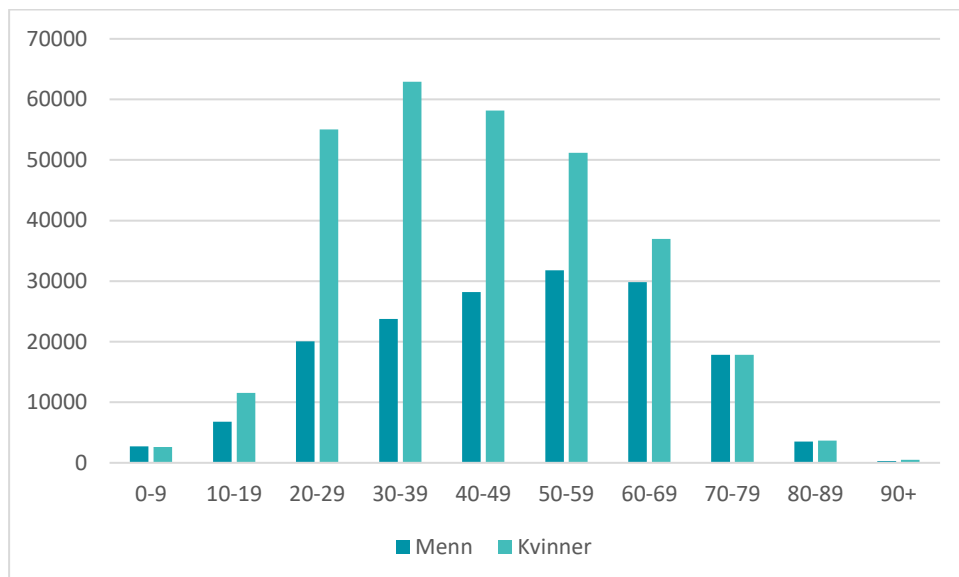
E-konsultasjoner ble mest brukt i alderskategorien 30 til 39 år og mer for kvinner enn for menn, se figuren under.

Figur 12-4 Antall regningskort med takstkode 2ae E-konsultasjon 2017, fordelt på kjønn og alderskategorier



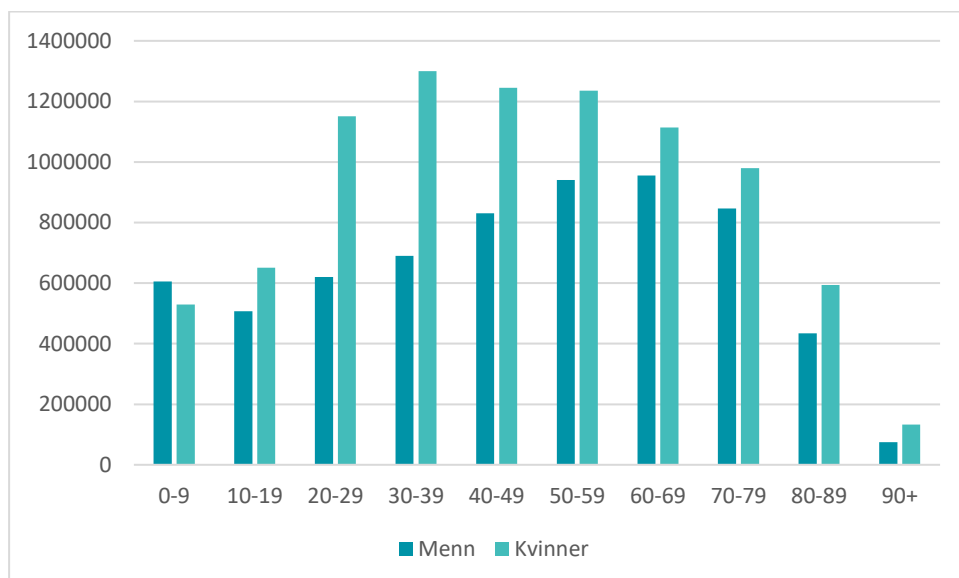
Enkel elektroniske pasientkontakt ble også mest brukt i aldersgruppen 30 til 39 år, og mer for kvinner enn for menn. Taksten ble lite brukt i de yngste og eldste aldersgruppene.

Figur 12-5 Antall regningskort med takstkode 1 be Enkel pasientkontakt elektronisk 2017, fordelt på kjønn og alderskategorier



Aldersgruppen 30-39 år hadde også flest vanlige konsultasjoner, med omtrent som mønster for kjønn, se figuren under.

Figur 12-6 Antall vanlige konsultasjoner 2017, fordelt på kjønn og alderskategorier.



Antall hendelser relatert til folketall, 2017

Data er hentet fra KPRs databank, tabell "Pasient og kontakt – Kommune".

E-konsultasjoner

Det var registrert i alt 92 236 kontakter med takstkode "2ae E-konsultasjon" i 2017, svarende til 17 e-konsultasjoner per 1000 innbyggere.

De 92 236 e-konsultasjonene var fordelt på 47 007 pasienter, som svarer til 0,9 prosent av befolkningen. Omfanget var altså svært lavt, og i tillegg var de geografiske variasjonene svært store.

I de aller fleste kommuner er e-konsultasjoner svært lite brukt eller ikke brukt i det hele tatt. Kun i 53 av landets kommuner er andelen innbyggere registrert med e-konsultasjon én prosent eller høyere. Kun i fire kommuner er andelen innbyggere registrert med e-konsultasjon fem prosent eller høyere: Skånland (Troms), Tjeldsund (Nordland), Gaular (Hordaland) og Evenes (Nordland). Alle disse kommunene er små kommuner, og det største volumet av pasienter som har benyttet e-konsultasjon finner vi i Oslo (N = 7498, 1,1 prosent av innbyggerne), Bergen (N = 5726, 2,0 prosent), Bærum (N = 2185, 1,7 prosent), Stavanger (N = 1540, 1,2 prosent), Asker (N = 1121, 1,8 prosent) og Trondheim (N = 1096, 0,6 prosent).

Enkel pasientkontakt elektronisk

Det var registrert i alt 465 848 kontakter med takstkode "1be Enkel pasientkontakt elektronisk" i 2017, som svarer til 87 enkle e-konsultasjoner per 1000 innbyggere.

De 465 848 enkle elektroniske pasientkontaktene var fordelt på 278 909 pasienter, eller 5,3 prosent av befolkningen.

I alt 28 kommuner hadde ingen pasienter registrert med enkel elektronisk pasientkontakt i 2017. I 87 kommuner var andelen av innbyggere registrert med enkel elektronisk pasientkontakt fem prosent eller høyere. I 21 kommuner var andelen i befolkningen registrert med slik takst ti prosent eller høyere. Bruken av takst for enkel elektronisk kontakt er altså betydelig mer utbredt enn e-konsultasjoner, både i volum og geografisk.

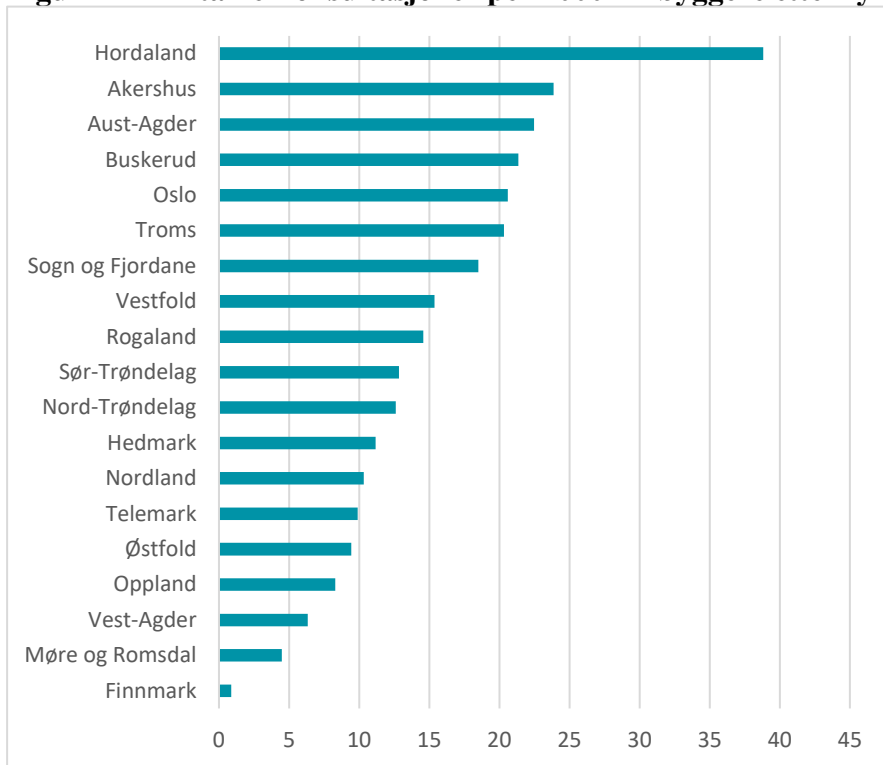
Antall e-konsultasjoner per 1000 innbyggere (2017)

Her oppfatter vi at det er ønske om tall for antall e-konsultasjoner fordelt på kommuner. Som beskrevet tidligere er det imidlertid mange kommuner hvor det er registrert ingen eller svært få e-konsultasjoner. Vi henviser til vedlagte excel-dokument for detaljer (data fra KPRs statistikkbank).

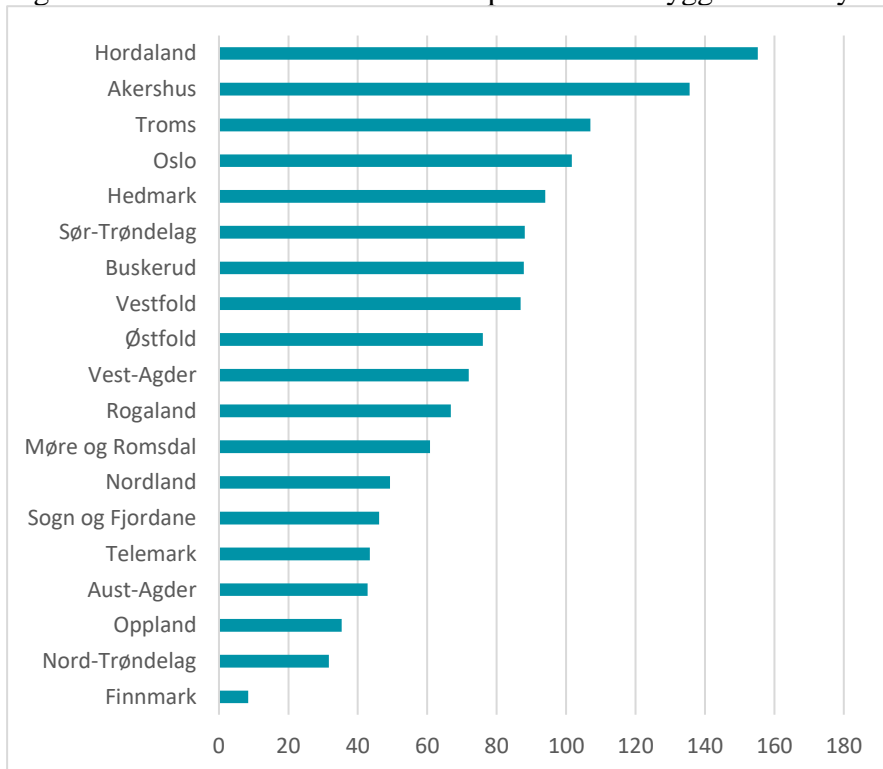
Fylkesvise tall er basert på data fra KUHR.

Hordaland var fylket med klart høyest rate for e-konsultasjoner i 2017, mens e-konsultasjon nesten ikke ble brukt i Finnmark (Figur 10). Også enkel elektronisk pasientkontakt var mest brukt i Hordaland og minst i Finnmark (Figur 11). For vanlige konsultasjoner ble Finnmark rangert som nummer 11 av de 19 fylkene, mens Hordaland var nummer 17 (Figur 12).

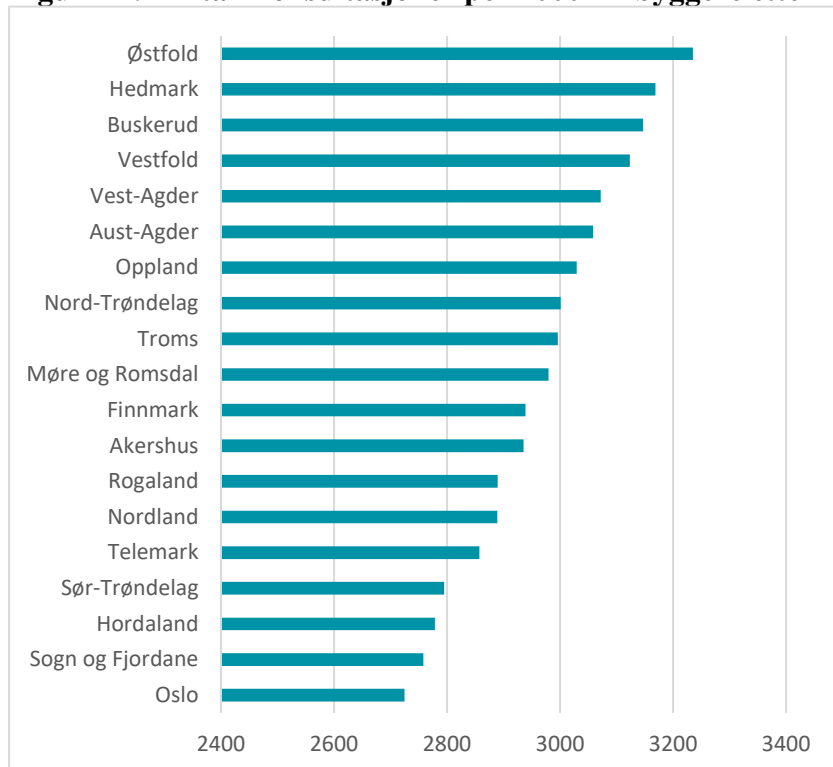
Figur 12-7 Antall e-konsultasjoner per 1000 innbyggere etter fylke. Data fra KUHR 2017.



Figur 12-8 Enkel kontakt elektronisk per 1000 innbyggere etter fylke. Data fra KUHR 2017.



Figur 12-9 Antall konsultasjoner per 1000 innbyggere etter fylke. Data fra KUHR 2017.



Fordeling på diagnosegrupper

Data fra KUHR 2017.

Tabellen under viser fordeling på hovedgruppene for ICPC-2 for e-konsultasjoner, enkel elektronisk pasientkontakt og konsultasjoner.

Det er mer bruk av diagnosekoder i gruppen "A Allment og uspesifisert" for e-konsultasjoner enn for konsultasjoner generelt (30 prosent mot 11 prosent).

Det klart hyppigst brukte diagnosekoden ved e-konsultasjoner er "A97 Administrativ kontakt/undersøkelse". Denne koden var registrert ved 22% av alle slike konsultasjoner. Tilsvarende tall ved bruk av takst for enkel elektronisk pasientkontakt var 13,5%, og 1,7% ved vanlige konsultasjoner.

Tabell 12-1 Fordeling på ICPC-2 diagnosekodegrupper (prosent). Data fra KUHR 2017.

	E-konsultasjoner N= 91 807	Enkel pasientkontakt, elektronisk N = 463 164	Konsultasjoner N = 15 424 042
Allment og uspesifisert	30	30	11
Blod, bloddannende organer og immunsystemet	1	2	1
Fordøyelsessystemet	6	6	7

Øye	1	1	2
Øre	1	1	2
Hjerte-karsystemet	3	5	9
Muskel og skjelettsystemet	17	14	18
Nervesystemet	5	3	4
Psykisk	12	7	10
Luftveier	6	6	13
Hud	3	4	8
Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	4	12	6
Urinveier	2	2	3
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	6	3	3
Kvinnelige kjønnsorganer (inklusive bryster)	2	3	2
Mannlige kjønnsorganer	1	2	1
Sosiale problemer	0	0	0
Totalt	100	100	100

Det totale antallet registreringer per kategori er litt lavere i denne tabellen enn ellers i notatet siden noen få kodekort mangler diagnosekode.

Bruksstatistikk. Spørreundersøkelser.