

Prosjektrapport

Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark – en evaluering

Tittel: Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark – en evaluering

NST-rapport: 14-2007

Prosjektleder: Eirik Øvernes

Forfattere: Frank Larsen

ISBN: 978-82-92092-92-7

Dato: 24.11.2007

Antall sider: 34

Emneord: Videokonferanse, allmennlege, spesialist, sykepleier, sykestuer, sykehus

Oppsummering: Denne rapporten beskriver og analyserer implementeringen av et telemedisinsk prosjekt hvor det ble plassert ut mobilt videokonferanseutstyr ved fire sykestuer og to sykehus i Finnmark. Målet var å skape varige endringer i samhandlingen mellom sykestuer og sykehus.

Prosjektet har etablert en teknologisk plattform for kommunikasjon mellom helsepersonell ved sykestuer og sykehus. Det ble også utformet prosedyreskjemaer med avsatte ukentlige tidspunkter for bruk av tjenesten. Utfordringen har vært å ta løsningen i bruk. Sykepleiere har brukt tjenesten jevnlig, men prosjektet har ennå ikke klart å innrullere et større antall av de potensielle brukerne blant sykepleierne. Spesialister ved sykehus og allmennleger ved sykestuer har så langt anvendt løsningen forholdsvis lite. Utfordringen med å ta løsningen i bruk finnes både ved sykestuer og sykehus. En av de intervjuede spesialistene argumenterte med tjenesten tok ressurser fra sykehusets kjernevirksomhet. Allmennlegen som ble intervjuet, mente at tjenesten er nyttig i en pasient-lege-relasjon.

Utgiver: Nasjonalt senter for telemedisin
 Universitetssykehuset Nord-Norge
 Postboks 35
 9038 Tromsø
 Telefon: 77 75 40 00
 E-post: info@telemed.no
 Internett: www.telemed.no

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.telemed.no.

English summary

Title: Telemedicine as a cooperation tool between general practitioner hospitals and hospitals in the county of Finnmark.

Abstract: This report describes and analyses the implementation of mobile videoconference technology in two hospitals and four general practitioner hospitals. The goal was to create enduring communication and interaction between health care personnel in these institutions.

The project managed to install a technological system and to establish procedures for the system. The nurses have used the system on a regular basis. The specialists and the general practitioners have not used the system so often. One of the specialists said that it has been challenging to integrate the system into their daily work processes. The general practitioner who was interviewed was positive to the use of the system and saw it as a tool to improve the doctor-patient-relationship.

Sammendrag

Prosjektet "Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark" har hatt som målsetning å skape grunnleggende og varige endringer i samhandlingen mellom sykestuer og sykehus ved hjelp telemedisin. Nasjonalt senter for telemedisin (NST) har ledet prosjektet mens Helse Finnmark har vært prosjekteier.

Prosjektet ble startet senhøsten 2005 og avsluttet høsten 2007. En prosjektgruppe ved NST har hatt ansvaret for å koordinere og lede arbeidet, bestille og teste utstyr, plassere ut utstyret på de aktuelle sykehusene og sykestuene, og gjennomføre opplæring av brukerne. Mobilt videokonferanseutstyr ble plassert på medisinsk avdeling ved to sykehus og på fire sykestuer i Finnmark tidlig høsten 2006. Arbeidet med å plassere ut utstyr har vært ressurskrevende, noe som bl.a. skyldes at dette har vært et nybrottsarbeid hvor også utstyrsleverandører har måttet tilpasse sine løsninger.

Arbeidet med å avklare innholdet i tjenesten og måten den skulle organiseres på har foregått i arbeidsgrupper sammensatt av representanter fra de involverte institusjonene. Medlemmer av prosjektgruppa har hatt ansvar for innkalling, koordinering og referatskriving. På oppfordring fra deltakerne på det første møtet, ble det opprettet grupper som besto av henholdsvis leger og sykepleiere. Det ble opprettet to legegupper bestående av allmennleger ved sykestuene og spesialister fra sykehusene, legegruppe Øst- og legegruppe Vest-Finnmark. Sammensetningen i hver gruppe var et speilbilde av de planlagte samhandlingsforbindelsene. Allmennleger ved sykestuene i Vadsø og Alta skulle samhandle med spesialister ved sykehuset i Hammerfest, og allmennleger ved sykestuene i Båtsfjord og Vadsø skulle samhandle med spesialister ved sykehuset i Kirkenes. Den samme geografiske organiseringen ble anvendt for sykepleiere. Arbeidet foregikk høsten 2006 og tidlig vinteren 2007. Sykepleierne laget prosedyreskjema for bruk av tjenesten høsten 2006 mens det gikk lenger tid før legegruppene fikk ferdigstilt sine skjemaer.

Høsten 2006 ble det gitt opplæring i bruk av videokonferanseutstyret. Ansatte ved NST var til stede på sykehus og sykestuer samtidig slik at brukerne skulle kunne prøve ut teknologien i kommunikasjon med sine samarbeidspartnere. Det var stort oppmøte av helsepersonell på denne undervisningen, særlig blant sykepleiere fra sykestua mens oppmøte blant legene var variabel. Opplæringen ble gjentatt i mars 2007, denne gangen ble opplæringen gitt via videokonferanse.

Sykepleiere har brukt løsningen jevnlig i sykepleiermøter mellom sykestuer og sykehus, men en av sykepleierne har foretrukket å delta på legemøtene. Legene har sjelden brukt løsningen. Utfordringen i forhold til bruk har delvis vært på sykehuset hvor spesialistene ikke har satt av tid, bl.a. fordi de mente at det gikk utover egen virksomhet. Oppmøte blant allmennleger ved sykestuene har også vært variabelt, særlig har det vært vanskelig å få til møter når den legen som har vært mest engasjert i prosjektet, har vært borte.

Sykepleierne, både ved sykehus og sykestuer, har opplevd videokonferanseløsningen som nyttig. Det har gått greit å innpasse løsningen i sykepleiernes arbeidshverdag, ettersom de hadde en rolle i organisasjonen som i større grad tillot dem å planlegge hverdagen. Sykepleierne har også etablert et støttesystem for bruk av teknologien ved at noen fikk roller som superbrukere. En av spesialistene mente at de problemstillingene som har vært behandlet via videokonferanse innen dennes medisinske fagfelt, like gjerne kunne vært behandlet via telefon og at det ikke er nødvendig at pasienten var til stede under seansen. For allmennlegen lå nettopp nytten av løsningen i at pasienten kunne møte og snakke direkte med spesialisten. Den andre spesialisten ga også uttrykk for at møte via videokonferanse rent medisinskfaglig ikke ga så mye mer enn telefonsamtalen. Spesialisten mente at fordelene med videokonferanse var at respekten for hverandre høynes via videokonferanse og at slike møter representerer et forum for samarbeid. En annen fordel med videokonferanseløsningen var at møtene var planlagt slik at pasientinformasjon var tilgjengelig før møtet startet.

Innhold

1	Innledning.....	9
1.1	Bakgrunn for innføring av mobilt videokonferanseutstyr i Finnmark	9
1.2	Telemedisinprosjektet: mål og organisering	10
2.	Analyseperspektiv.....	11
3.	Metode og datamateriale	12
4.	Sykestueprosjektet.....	13
4.1	Rapport "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord"	14
4.2	Intervju med representant for ledelsen i Helse Finnmark.....	14
5.	Aktiviteter i telemedisinprosjektet	15
5.1	<i>Prosjektmøter med sykehus og sykestuer</i>	16
5.2	<i>Arbeidsgruppene</i>	16
5.2.1	Arbeidsgruppe "Sykepleiere Øst-Finnmark"	17
5.2.2	Arbeidsgruppe "Sykepleiere Vest-Finnmark"	17
5.2.3	Legegruppe Øst-Finnmark.....	18
5.2.4	Legegruppe Vest-Finnmark	18
5.3	Arbeidsgruppene fortsetter å møtes	19
5.4	<i>Opplæring</i>	20
6.	Bruken av videokonferanseløsningen	20
7.	Erfaringer med bruk av videokonferanseløsningen	21
7.1	<i>Legenes erfaringer med bruk</i>	21
7.1.1	Spesialistene.....	21
7.1.2	Allmennlege	23
7.2	<i>Sykepleiernes erfaringer med bruk</i>	24
7.2.1	Sykepleier ved sykehuset	24
7.2.2	Sykepleiere ved sykestuene	25
8.	Oppsummering og diskusjon	26
9.	Avslutning	29

1 Innledning

Denne rapporten presenterer en evaluering av et prosjekt hvor det ble plassert ut videokonferanseutstyr ved to sykehus og fire sykestuer i Finnmark. Et av hovedmålene for prosjektet var å skape grunnleggende og varige endringer i samhandlingen mellom sykestuer og sykehus. Prosjektet ble gjennomført i perioden fra senhøsten 2005 til høsten 2007.

Formålet med denne evalueringen er tosidig. For det første er hensikten å kartlegge og beskrive selve prosessen med å skulle innføre videokonferanse som samhandlingsteknologi mellom sykestuer og sykehus. For det andre er hensikten å undersøke bruken av videokonferanseløsningen. Hvordan har helsepersonell anvendt tjenesten og i hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av tjenesten?

Datainnsamlingen er gjennomført av to ansatte ved NST, Kjersti Halvorsen og Frank Larsen. Opprinnelig var det meningen at Halvorsen skulle følge hele prosessen, fra initiativ til teknologien ble plassert ut i virksomhetene og ble tatt i bruk eller avvist. Halvorsen har deltatt på møter og andre arrangementer i prosjektet og har skrevet referat fra disse. Da Halvorsen sluttet ved NST 31. januar 2007, overtok Larsen arbeidet med å slutføre evalueringsprosjektet. De dokumentene som Halvorsen produserte og samlet inn, utgjør en viktig kilde for beskrivelsen av de tiltak som ble gjort for å plassere ut teknologien og for beskrivelsen av den planlagte organiseringen av og innholdet i telemedisintjenesten. Erfaringer med bruken av telemedisin ble kartlagt gjennom intervjuer, som Larsen gjorde med brukere høsten 2007. Det er Larsen som har analysert datamaterialet og skrevet rapporten.

1.1 Bakgrunn for innføring av mobilt videokonferanseutstyr i

Finnmark

Tiltaket med å ta i bruk videokonferanse i samhandlingen mellom sykehus og sykestuer må sees i sammenheng med flere offentlige utredninger og planer som har pekt på behovet for å utvikle samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I rapporten *Samhandling er godt for helse* (2002) sies det at mange medisinske problemstillinger kan løses på et lavere nivå enn sykehus forutsatt at det finns en utbygd primærhelsetjeneste som understøttes av spesialisthelsetjenesten. Utredningen *Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord* (2005) har som mål at flere av tjenestene skal utføres nærmere der folk bor. Her sies det at den sterke økningen i eldre fra ca 2010, tilsier at sykestuefunksjonen bør etableres og videreutvikles i kommuner med særlig lang avstand til sykehus. I rapporten *Distriktsmedisinske senter med telemedisin* (Johnsen m.fl. 2003) beskrives telemedisin som et potensielt nyttig verktøy for samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Sykestua er en institusjon som opprinnelig var hjemlet i lov 19. juni 1969 nr 57 om sykehus. Sykehusloven definerte sykestuer slik:

”Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.”
(Sykehusloven 1969)

I 1972 var det 1005 sengeplasser i sykestuer i Norge mens det i 1994 var 171 plasser (Aaraas, m.fl. 2000). Finnmark er det fylket som i dag har flest sykestueplasser. Også i Finnmark er antallet sykestueplasser redusert slik at det i dag finnes 40 sykestueplasser fordelt på 16 kommuner i fylket. Antallet sykestueplasser ved de enkelte enhetene er varierende. Alta, som er den største enheten, har ni plasser mens Vadsø har seks plasser. De minste kommunene, som utgjør flertallet, har en til to plasser. Alle sykestuene i fylket bortsett fra Alta er samlokalisert med kommunale sykehjem.

1.2 Telemedisinprosjektet: mål og organisering

NST gjennomførte i samarbeid med Pricewaterhousecoopers (PWC) et arbeid som har fungert som viktig forarbeid for prosjektet. Delrapporten om telemedisinske tjenester kalt: "Telemedisin som virkemiddel for økt samhandling" (2003) er skriftlig dokumentasjon fra dette arbeidet. Rapporten viste til at det er et betydelig forbedringspotensial knyttet til samhandling og utskriving av pasienter fra sykehus. Videre viste rapporten til at dersom primærhelsetjenesten har tilgang på kompetanse fra spesialisthelsetjenesten på en forutsigbar måte, så kan flere pasienter diagnostiseres og behandles i primærhelsetjenesten. Som et svar på denne utredningen, sendte NST i 2005 en prosjektsøknad til Høykom, med prosjektittel "Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark". Prosjektet blir videre i rapporten benevnt som Telemedisinprosjektet.

Prosjektet hadde flere hovedmål og delmål. Hovedmålet for prosjektet var å implementere telemedisin slik at det skulle skapes grunnleggende og varige endringer i samhandlingen mellom sykestuer og sykehus. Implementeringen av telemedisinsk teknologi skulle effektivisere og bedre helsetjenesten slik at pasientforløpet ble helhetlig med tilfredsstillende kvalitet. For å nå det uttrykte mål skulle prosjektet plassere ut mobilt videokonferanseutstyr med tilbehør som utnyttet bredbåndets mulighet for samhandling mellom sykestuer og avdelinger på UNN og Helse Finnmark. Videre skulle det utvikles og iverksettes nye samarbeidsrelasjoner mellom sykestuene og avdelinger på UNN og Helse Finnmark. Det mobile videokonferanseutstyret skulle også kunne utnyttes for å tilgjengeliggjøre veiledning og kurs for fagfolk ved sykestuene.

Prosjektet besto av flere partnere hvorav Helse Finnmark sto som eier av prosjektet. Følgende viser partnere og deres ansvarsområde:

- Helse Finnmark: Prosjekteier
- Høykom: Finansør
- Norsk Helsenett: Linjeleverandør
- Kreftforeningen: Skulle gjennomføre en undervisningsuke (120 timer)
- NST var involvert på flere måter i prosjektet:
 - Som prosjektleder. Dette innebar styring, planlegging og utføring av prosjektaktiviteter, økonomi samt koordinering og være bindeledd mellom de ulike aktørene.
 - Som gjennomfører: Prosjektet skulle plassere ut utstyr, gi opplæring av personale og gi teknisk assistanse i den første fasen etter den tekniske implementeringen.
 - Som evaluator: Prosjektet skulle gjennomføre tre evalueringer. En samfunnsøkonomisk evaluering, en evaluering av teknologiimplementeringen og en følgeevaluering av implementeringsprosessen. Den samfunnsøkonomiske evalueringen skulle gjennomføres eksternt av Asplan analyse. NST skulle gi innspill på design og framgangsmåte. Asplan og NSTs følgeevaluering skulle inngå dialog og bruke hverandres materiale underveis.

2. Analyseperspektiv

Forsøkene på å innføre ny teknologi i ulike deler av arbeidslivet har ført til økende interesse for å utvikle perspektiver for å beskrive og forklare hva som skjer. Mange av disse perspektivene bygger på en grunnantagelse om at implementering og bruk er et resultat av både teknologi og organisasjon og menneskelige faktorer. Teknologi og organisasjon må virke sammen for å skape et ønsket resultat, og teknologi og organisasjon må tilpasses hverandre i kontinuerlige prosesser.

Cooper & Zmuud (1990) har utviklet et perspektiv på implementering hvor de ser implementering som en prosess som følger ulike stadier. Prosessen starter med at noen tar initiativ til å innføre teknologien i organisasjonsvirksomheten. Det kan komme som press utenfra, for eksempel at bevilgende myndigheter forlanger at virksomheten skal ta i bruk ny teknologi. Eller initiativ kan komme innenfra som resultat at noen ser at det er problem i organisasjonen som ny teknologi kan være med å løse. Initiativet kan resultere i et vedtak om at teknologien skal innføres i organisasjonen, eller forslaget kan bli avvist. Dersom organisasjonen bestemmer seg for å innføre den nye teknologien, vil arbeidet med å tilpasse den nye teknologien og arbeidsprosessene den skal inngå i, starte. Teknologien må utvikles med henblikk på de arbeidsoppgavene den skal utføre, samtidig må organisasjons- og arbeidsmessige arrangementer utformes slik at teknologien inngår i planlagte og forutsigbare arbeidsrelasjoner. Etter at teknologi og organisasjon er forsøkt tilpasset, møter teknologien brukerne. I denne fasen er det store spørsmålet om brukerne aksepterer teknologien eller ikke. Aksept innebærer at brukerne anvender teknologien i løpende arbeidsprosesser. Kontinuerlig bruk av teknologien vil i neste omgang føre til at teknologien sees som normalt og ikke lenger som noe ekstraordinært. Den siste fasen i implementeringsprosessen vokser fram etter hvert som teknologien blir anvendt på en allsidig og integrert måte for å realisere organisasjonens målsetninger.

Innvendingene mot Cooper & Zmuud sin modell går på at den er rasjonalistisk og lineær. Implementeringen gjennomgår et sett planlagte stadier som følger etter hverandre. Cooper & Zmuud har forsøkt å imøtegå kritikken ved å peke på at stadiene ikke trenger å være sekvensielle men kan foregå mer eller mindre parallelt. Jeg skal i denne analysen behandle stadiene som kritiske passasjepunkter som implementeringsprosessen må passere før tjenesten inngår som en normal del av organisasjonens virksomhet (Callon, 1986). Den initiale kraften er ikke nødvendigvis viktigere enn andre ledd i kjeden. Særlig viktig i implementeringsprosessen er teknologiens møte med brukerne. En hypotese er at teknologiens skjebne er i hendene på brukerne.

Kommunikasjonsteknologi innebærer at to eller flere aktører må utføre bestemte handlinger. Handlingene kan skje samtidig, for eksempel ved telefon og videokonferanse, eller den andre aktørens aktiviteter følger etter i tid, for eksempel ved meldingsutveksling. Utdfordringene med å organisere en tjeneste vil kunne være større ved kommunikasjon i sann tid fordi det kreves at to eller flere parter organiserer sin virksomhet i henhold til et felles tidsskjema. Å skulle samordne virksomheter i to eller flere organisasjoner kan være utfordrende fordi en til dels mangler formelle strukturer for vedtak og implementering av vedtaket.

Tjenesten kan sees som et nettverk av ulike aktører skal virke sammen. Aktørene kan ha ulike interesser og vil på ulike måter forsøke å hevde sine interesser. Innen aktør-nettverk perspektivet er det utviklet et begrep for å analysere hvordan interesser oversettes (Callon, 1986). Begrepet translasjon viser til prosesser hvor en eller flere aktører forsøker å gjøre seg til talsmann for de andre aktørene ved å oversette deres interesser til sine egne. Dette må forstås som politiske prosesser med forhandlinger, overtalelse, sanksjoner og lovnader om belønninger. For å oppnå oppslutning må aktøren skaffe seg allierte. Dette kan være andre aktører som tror på ideen, bevilgende myndigheter eller aktøren kan bruke dokumenter for å overtale de andre aktørene. Alle aktører i nettverket vil kunne være med på å definere nettverket og resultatet kan være helt annerledes enn det den initiativtakeren hadde forestilt seg.

Aktørenes interesser oppstår og vedlikeholdes ikke i et vakuum, men må forstås på bakgrunn av den organisasjons- og arbeidsmessige sammenheng som aktørene inngår i. Aktørene vil spørre seg hvordan teknologien lar seg innpasse i etablerte arbeidspraksiser. Innebærer teknologien forbedringer i forhold til eksisterende praksis? Er teknologien lett å forstå og lett å bruke? Er teknologien sikker? Og er teknologien kompatibel med det som er aktørenes normer og verdier? Aktørenes svar på disse spørsmålene kan være forskjellig. Noen kan se på teknologien som et framskritt i forhold til eksisterende praksis mens andre ser på teknologien som trussel eller forverring.

3. Metode og datamateriale

Denne evalueringen har vært gjennomført som en følgeevaluering. Følgeevaluering innebærer at forskeren deltar i prosjektet med å implementere ny teknologi. Evaluator inngår i dialog med de andre prosjektmedlemmene og kan komme med innspill eller forslag til endringer basert på erfaringer som evaluator gjør i løpet av prosessen, men evaluator er ikke ansvarlig for de tiltak som eventuelt settes i verk. Fordelen med å være så nær iverksettingsprosessen er at følgeforskeren får løpende og bred tilgang til data. Det er de samme krav til distanse og analyse som stilles innefor tradisjonell forskning som gjelder for følgeforskning. Utfordringen kan være at den nærhet til prosjektet og prosjektmedarbeider som utvikles i løpet av prosessen, legger føringer på hva forskeren rapporterer.

I denne evalueringen har vi bruk kvalitative metoder. Kvalitative metoder er særdeles anvendelige når forskeren ønsker å analysere og beskrive prosesser. Data som framskaffes gjennom kvalitative metoder gir grunnlag for å svare på hvorfor resultatet av implementeringsforsøket ble som det ble. Bruk av kvalitative metoder er normalt kostnadskreven og egner seg derfor for studier av en eller et fåtall enkeltcases. I dette tilfellet har vi et implementeringsprosjekt som iverksettes i seks enheter, to sykehus og fire sykestuer. Fordelen med kvalitative metoder, sammenliknet med kvantitative metoder, er at de gir mer fleksibel tilnærming til fenomenet som studeres og muligheter til å gå i dybden på aktuelle spørsmål. Temaer som forskeren ikke hadde tenkt på i utgangspunktet, men som dukker opp i forskningsprosessen, kan bli undersøkt nærmere. Vi har brukt flere kvalitative metoder, en metodisk tilnærming som gjerne blir kalt triangulering. Triangulering innebærer at forskeren bruker ulike metoder for å undersøke de samme temaene med den antagelse at det vil gi en dypere forståelse av fenomenet. I denne evalueringen har vi brukt dokumentstudier, observasjon og intervju.

Den første evaluatoren, Kjersti Halvorsen, har deltatt i ulike arrangementer i den første delen av prosjektet. I denne fasen ble det arrangert mange møter og sammenkomster i prosjektregi. Evaluatoren har deltatt i ukentlige møter med prosjektgruppa ved NST. Dessuten har hun deltatt på møter med ulike prosjektdeltagere sammen med prosjektleder. Før arbeidet med bestilling og utplassering av utstyr startet, ble kartlegging av behov ved de deltagende sykehus og sykestuer gjennomført. Dette arbeidet ble organisert gjennom to "turneer" i Finnmark, henholdsvis med deltagere i Øst- og Vest-Finnmark. Halvorsen var med på disse møtene som observatør og skrev oppsummeringer fra disse møtene. Evaluatoren fulgte opplæringen i utstyr og bruk av utstyr som ble gitt til prosjektdeltagerne. Videre har hun vært observatør under styringsgruppemøter som har blitt gjennomført i perioden. Som et ledd i forankring av prosjektet og tjenesten ble det våren 2006 opprettet fire arbeidsgrupper, to legegrupper og to sykepleiegrupper. Følgeevaluator har vært observatør/deltager under møtene, og har hatt ansvar for innkalling og referatskriving fra møtene.

Foruten skriftlig referat fra disse møtene foreligger det skriftlige prosedyrer for bruk av telemedisin utarbeidet av gruppene. I tillegg har prosjektleder skrevet referat fra nesten alle møter i prosjektgruppa. Forsøket med å implementere telemedisin i Finnmark har anvendt og støttet seg på flere utredninger og rapporter. I denne evalueringen skal vi først og fremst forholde oss til rapporten "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord" (2006), som ble initiert av Helse Finnmark.

Intervjuer har først og fremst vært brukt i arbeidet med å beskrive aktørenes erfaringer med bruk av telemedisin. Det er blitt gjennomført intervjuer med helsepersonell ved alle enhetene som har vært involvert i prosjektperioden, og både spesialister, allmennleger og sykepleiere er representert. I tillegg er det gjennomført et intervju med en representant for prosjekteier Helse Finnmark og et intervju med leder for prosjektet. Intervjuene kan karakteriseres som semi-strukturerte. Noen spørsmål var formulert på forhånd og ble stilt til alle brukerne slik at en ville kunne sammenlikne svarene fra de enkelte aktørene. Intervjuene hadde mer en karakter av dialog hvor aktørene har kunnet ta opp andre temaer enn de som var planlagt av intervjuer. Disse nye temaene kunne noen ganger bli fulgt opp av nye spørsmål fra intervjuer.

4. Sykestueprosjektet

Omtrent samtidig med oppstarten av telemedisinprosjektet var Helse Finnmark i gang med sitt eget sykestueprosjekt. I revidert nasjonalbudsjett for 2005 ble det bevilget 100 millioner kroner for å styrke lokalsykehusene. Helse Nord og Helse Finnmark søkte og fikk bl.a. midler til å videreutvikle sykestuefunksjonen. Søknaden var delt inn i to faser hvor det i første fase skulle gjennomføres en faglig gjennomgang hvor dagens bruk av sykestuene skulle dokumenteres. Til å utføre dette arbeidet ble det nedsatt en faggruppe, benevnt Arbeidsgruppe Fag. Hovedmålet for arbeidet var å avklare og utvikle sykestuer til å bli en anerkjent, forutsigbar og integrert del av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Dette skulle igjen bidra til at pasienter og pasientgrupper fikk tilgang til fullverdige spesialisttjenester i egen kommune der dette er kostnadseffektivt. Telemedisinprosjektet kom etter hvert til å bli oppfattet som Helse Finnmarks satsing på utprøving av teknologi i samhandlingen mellom sykestuer og sykehus.

4.1 Rapport ”Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord”¹

Arbeidsgruppa Fag var satt sammen av fagfolk fra Helse Nord, representert ved kommuneleger fra Finnmark, overlege fra Helse Finnmark HF og UNN og rådgiver fra Helse og omsorg i kommunehelsetjenesten. Gruppa hadde flere oppgaver. Den skulle identifisere og beskrive tjenester som er egnet for utredning, behandling eller oppfølging ved sykestuene. Beskrivelsen skulle ta hensyn til en forventet faglig og teknologisk utvikling samt alders sammensetningen. Videre skulle den beskrive faglige og tekniske krav til sykestueplasser og foreslå dokumentasjonsrutiner mellom ulike typer helsepersonell. Gruppa skulle også avklare og beskrive samarbeidsrutiner mellom helsepersonell ved sykestuer og sykehus. Til slutt skulle gruppa beregne antall sykestueplasser i forhold befolkningsgrunnlag og sykdomsforekomster, noe som gruppa ikke fant mulig å gjennomføre fordi det på det tidspunktet ikke forelå datagrunnlag.

Gruppa leverte i 2006 en rapport kalt ”Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord” (2006) I rapporten fra arbeidsgruppa var en av hovedkonklusjonene at sykestuefunksjonen bør være en desentralisert spesialisthelsetjeneste, og systemansvaret for sykestueplassene i Finnmark må tillegges Helse Finnmark. Helse Finnmark må stille klare krav til organisering og drift av sykestuene samtidig som foretaket må bidra til at vertskommunene økonomisk og kompetansemessig kan oppfylle kravene. Det sies videre at det må stilles krav til bemanning og kompetanse, samt at organiseringen må gjøre det mulig å bruke telemedisinsk visitt. Noen sykestuer hadde fast daglig tilsyn, mens ved andre sykestuer ble tilsynet ivaretatt av innleggende lege, fastlege eller legen som hadde tilsyn på tilgrensende sykehjem. Gruppa mente at kravene til dokumentasjon og samarbeid med spesialisthelsetjenesten ville gjøre et ad-hoc-tilsyn problematisk.

Rapporten viste til at særlig pasienter som havner mellom behandlingsnivåene, kronisk syke, ofte eldre med sammensatte sykdommer, kan ha nytte av sykestuetilbudet. Kreftsyke som trenger palliativ behandling vil være en prioritert gruppe og videre at pasienter som skrives ut av sykehuset men fortsatt trenger medisinsk behandling er en voksende gruppe. Sykestuene har en nøkkelfunksjon ved terminale sykeleier og for å sikre en akuttmedisinsk behandlingkjede. Faggruppa mente at rapporten måtte legges til grunn for utviklingen av de telemedisinske tjenestene.

4.2 Intervju med representant for ledelsen i Helse Finnmark

En representant for ledelsen i Helse Finnmark ble intervjuet våren 2006. Temaene for intervjuet var Helse Finnmarks forståelse av sykestuenes status og telemedisinprosjektet plass i forhold til Helse Finnmarks eget sykestueprosjekt.

Informanten viste til at sykestueprosjektet hadde sitt utspring i et ønske fra Helse Finnmark om å avklare den framtidige rollen til sykestueplassene i fylket. Sykestuene har gjerne blitt oppfattet som å være en del av spesialisthelsetjenesten, men er formelt ikke det. De er en del av kommunene, og helsepersonellet som betjener sykestuene er ansatt i kommunene. Helse Finnmark betaler stykkpris for sykestueplassene, om lag kr 500.000 per plass. Det er stor variasjon i både innhold og omfang mellom de enkelte sykestuene.

¹ Dette er en nesten ordrett sammendrag av rapporten.

For Helse Finnmark utgjør en sum på 20 millioner for 40 sykestueplasser mye penger. Samtidig mente informanten at med de store avstandene og de mange eldre som finns i Finnmark, representerer sykestueplassene et kjempegodt tjenestetilbud. Ved bruk av telemedisin vil det kunne tilbys kompetanse og muligheter til å gjennomføre konsultasjoner der hvor pasienten bor. I tillegg kommer det at fylket sliter med rekrutteringen og da vil det være en fordel å kunne få tilgang til fagfolk, ikke minst fra UNN, via telemedisinsk teknologi.

5. Aktiviteter i telemedisinprosjektet

På NST har en rekke personer vært tilknyttet en prosjektgruppe med ansvar for å implementere prosjektet. Prosjektlederen har hatt ledelsesansvaret gjennom hele prosjektperioden. De andre prosjektgruppedeltakerne har vært med i prosjektet i perioder med ansvaret for spesifikke oppgaver, først og fremst testing og utplassering av utstyr og opplæring i bruk av utstyret.

Prosjektgruppa koordinerte sitt arbeid gjennom ukentlige møter i den første perioden. Etter hvert som prosjektet ferdigstilte planlagte oppgaver, ble prosjektmøtene avholdt mer ad hoc. Prosjektlederen har fungert som koordinator og bindeledd mellom aktørene gjennom hele prosjektperioden, både med prosjektmedlemmer og deltakerne ved sykestuer og sykehus.

Våren 2006 ble det bestilt utstyr, og medlemmer i prosjekt testet ut noen enheter ved NST. Etter sommeren ble utstyret plassert ut på de enkelte institusjonene i Finnmark, ved de medisinske avdelingene ved Kirkenes og Hammerfest sykehus og ved de fire sykestuene.² Det innebar bl.a. at prosjektmedlemmer reiste rundt i Finnmark og installerte utstyret på stedet. Høsten 2006 ble det gitt opplæring i bruk av videokonferanse. Prosjektmedlemmer besøkte alle de involverte institusjonene, og prosjektmedlemmer var til stede på sykehusene og sykestuene samtidig slik at helsepersonell kunne anvende utstyret til å kommunisere med hverandre under veiledning. Opplæringen ble gjentatt våren 2007, men denne gangen foregikk opplæringen via videokonferanse. Dette arbeidet blir presentert under punkt 5.4.

Arbeidet med den teknologiske løsningen har vært ressurskrevende. Prosjektlederen ga uttrykk for at arbeidet med utprøving og utplassering av teknologien tok mye av ressursene i denne fasen av prosjektet. Basert på erfaringer som er høstet i prosjektet, pekte prosjektlederen på at det skulle vært satt av mer tid og ressurser til å få til bredere forankring av tjenesten. Prosjektlederen viste til at det hadde vært lite eller ingen kontakt mellom Finnmarks eget sykestueprosjekt og telemedisinprosjektet.

Prosjektgruppa har gjennom hele prosessen hatt kontakt med brukere eller potensielle brukere i Finnmark. Våren 2006 hadde prosjektgruppa møter med deltakere fra hvert enkelt sykehus og de sykestuene som skulle samhandle med de to sykehusene. Det ble bestemt at det skulle opprettes arbeidsgrupper for henholdsvis leger og sykepleiere som skulle arbeide med å konkretisere innholdet og organiseringen av videokonferansetjenesten. Møtene i arbeidsgruppene har fortsatt etter at innholdet og organiseringen ble beskrevet i egne prosedyreskjemaer. Prosjektlederen har ønsket å fortsette møteaktiviteten for å vedlikeholde oppmerksomheten på telemedisinprosjektet og gi deltakerne muligheter til å diskutere endringer i tjenestetilbudet. Disse møtene blir beskrevet mer utførlig under punkt 5.1, 5.2 og 5.3.

² Arbeidet med den teknologiske løsningen blir behandlet i egen prosjektrapport.

5.1 Prosjektmøter med sykehus og sykestuer

Våren 2006 ble det avholdt et første møte med sykepleiere, spesialister og allmennleger i henholdsvis Øst-Finnmark og Vest-Finnmark. Formålet med møtene var at deltakerne skulle treffe hverandre og belyse utfordringer ved etablering av telemedisinske tjenester. Dessuten skulle deltakerne begynne å diskutere arbeidsgruppens arbeid.

Representanter for Øst-Finnmark avholdt møte i Kirkenes. En av spesialistene sa at kjennskapen til sykestuene var relativt liten og at det derfor var vanskelig å foreslå hvilke telemedisinske tjenester som kunne iverksettes. Fra en av allmennlegene ble det vist til at telemedisin kan brukes for å understøtte deres arbeid i forbindelse med øyeblikkelig hjelp og i arbeidet med geriatriske pasienter. Legen foreslo at en skulle ha faste ukentlige møter med sykehuset. Ut fra et scenario om at de resterende kommunene også skulle ha tilgang til en slik tjeneste, var spesialisten skeptisk til tanken om ukentlige møter. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter for de deltakende institusjoner som skulle avklare bruken av videokonferanseløsningen. Rapporten fra faggruppa skulle danne grunnlaget for dette arbeidet. Det ble også satt fram forslag om å opprette en gruppe som skulle se nærmere på sykepleieres bruk av videokonferanseløsningen.

Møte for Vest-Finnmark fant sted i Hammerfest. En av allmennlegene uttrykte at videokonferanse kan egne seg for elektive samtaler og at tjenesten burde organiseres som en bookingtjeneste fordi det sikrer forutsigbarhet. Allmennlegen poengterte at prosjektet skulle være med på å synliggjøre aktivitetene ved sykestuene. Spesialisten pekte også på at ad hoc-møter ikke ville fungere. Partene må lage avtaler for hvordan utstyret skal brukes mellom sykehus og sykestue. Deltakerne så verdien av tjenesten, men stilte spørsmål om bruken av ressurser. Hvis en spesialist skulle bruke tid på videokonferanse, så ville det bety at han eller hun vil måtte være borte fra avdelingen. Representanter for sykestuene indikerte at de ønsket å organisere bruken av tjenesten ulikt. Den ene sykestua kunne tenke seg faste møter mens representanter for den andre ønsket å avtale møter etter behov. Representanter for sykepleietjenesten så det som formålstjenelig å kunne ha møte med kirurgisk avdeling og få til samarbeid med kreftforeningen. I løpet av møtet ble det bestemt å etablere to arbeidsgrupper. En gruppe skulle bestå av leger fra sykehuset og de to sykestuene, mens den andre skulle bestå av sykepleiere fra de samme institusjonene.

5.2 Arbeidsgruppene

Det ble opprettet fire arbeidsgrupper våren 2006 og som startet arbeidet i august. Gruppene var organisert etter profesjon og geografi. To av gruppene besto av leger, en for Øst-Finnmark (Vadsø, Båtsfjord og Kirkenes) og en for Vest-Finnmark (Alta, Nordkapp og Hammerfest). De andre to gruppene besto av sykepleiere og var delt opp etter de samme geografisk kriteriene som legene. Gruppeinndelingen var også et speilbilde av hvordan kommunikasjonen skulle foregå: sykepleiere med sykepleiere i de to regionene og leger med leger i de samme regionene.

Hensikten med arbeidsgruppene var å diskutere og komme fram til et forslag om hvordan telemedisin mellom sykehus og sykestuer skulle anvendes. Tre spørsmål var sentrale: 1) Hvilke medisinske områder er interessante for bruk av telemedisin, 2) Hvordan bruke telemedisin mest effektivt og 3) Hvordan praktisk organisere tjenesten? Gruppene skulle

møtes flere ganger høsten 2006 og arbeidet skulle resultere i en beskrivelse av prosedyrer for bruk av telemedisin.

5.2.1 Arbeidsgruppe "Sykepleiere Øst-Finnmark"

På første møtet august 2006 ble det kastet fram tanker om hvilke tjenester som kunne være aktuelle. To tjenester ble løftet fram: 1) Veiledning med og uten pasient til stede, og 2) undervisning av helsepersonell. Både fra Vadsø og Kirkenes ble det vist til at det ville være av stor verdi å kunne gjennomføre møter i forbindelse med overflytting av pasienter fra Kirkenes sykehus til sykestuene. Ved behov kunne også pasienter være til stede på disse overføringsmøtene. Fordelen med en slik tjeneste var at møte mellom alle involverte parter ville sikre at alle fikk den samme informasjonen og eventuelle misforståelser kunne oppklares der og da. Fra Vadsø ble det sagt at den mest hensiktsmessige organiseringa av tjenesten var å arrangere videokonferansemøter til faste tidspunkt, for eksempel en time en gang i uken. Sykepleierne fra Kirkenes sykehus var åpen for dette forslaget, men anførte at de måtte diskutere dette nærmere med sine kolleger.

Tanken om å arrangere faste videokonferansemøter, men også med en mulighet for en bookingtjeneste, ble fastholdt på det påfølgende møte i september 2006. Det ble avtalt å avholde videokonferansemøter hver onsdag fra kl 13:30 til 15:00. Videre ble det påpekt at det måtte avtales responstid for booking av møter utenfor møteplanen. Medlemmene i gruppa var enig om at det var tre hovedkategorier for bruk: 1) veiledning, 2) undervisning, og 3) oppfølging av pasienter (deriblant inn/utskrivning). Fra sykestua i Vadsø ble det pekt på viktigheten av å ha kontaktpersoner ved de ulike enhetene. Ansvarsoppgavene til disse kontaktpersonene var å tilrettelegge for de ukentlige møtene og bookingtjenesten. Gruppa laget høsten 2006 et prosedyreskjema for bruk av videokonferansetjenesten. Skjemaet beskrev hvilke medisinske fagområder som var aktuelle og hvordan tjenesten skulle organiseres. De tjenestene som ble beskrevet, gjaldt diagnostisering (av demens), veiledning/undervisning og inn- og utskrivning. Det ble påpekt i skjemaet at flest mulig sykepleiere burde få opplæring, og at det burde finnes i alle fall to superbrukere med et særlig ansvar for bruken.

5.2.2 Arbeidsgruppe "Sykepleiere Vest-Finnmark"

Første møte i august 2006 tok utgangspunkt i det samme mandatet som gruppe Øst-Finnmark. Det ble pekt på at Nordkapp og Alta har ulikt behov for kontakt med Hammerfest sykehus, både med hensyn til hyppighet og type kontakt. Det ble allikevel foreslått å gjennomføre ukentlig møter med sykehuset og innføre en bookingløsning hvor sykestuene kunne booke møter med sykehuset når det oppsto behov. Som mulige tjenester ble det vist til behovet for veiledning, undervisning og oppfølging av enkeltpasienter. Medlemmene trakk også fram mulighetene for konsultasjoner med leger over videokonferanse og veiledning i reelle pasientsituasjoner. Gruppa syntes at det på daværende tidspunkt var vanskelig å si helt konkret hvilke pasientgrupper som vil egne seg for videokonferanseløsningen og hvilke spesialiteter en ønsket å kunne kontakte ved Hammerfest sykehus. Det var imidlertid to pasientgrupper som ble nevnt og brukt som eksempel: kreftpasienter og geriatriske pasienter.

Gruppa gjennomførte to møter til i løpet høsten 2006. På møtet i september fokuserte medlemmene på hvilke pasientgrupper som kunne være aktuelle og hvilke avdelinger ved

sykehuset en måtte opprette kontakt med. Før det tredje møtet senere i september hadde Alta laget et forslag til prosedyrer for bruk av tjenestene som ble gjennomgått på møtet. Prosedyreskjemaet for bruk av telemedisin ble ferdigstilt høsten 2006. En rekke konkrete pasientgrupper var listet opp sammen med opplysninger om hvilke avdelinger på sykehuset som skulle inngå i disse tjenestene. Det sies at i utgangspunktet vil sykepleierne også delta på de ukentlige møtene med legene ved disse avdelingene. Utover faste møtetidspunkter ble det skrevet inn et ønske om å kunne bruke videokonferanse ved behov.

5.2.3 Legegruppe Øst-Finnmark

Første møte i gruppa i august 2006 hadde det samme mandatet som sykepleierne. Representantene for Kirkenes sykehus syntes at det var uhensiktsmessig å ha faste møter da det kunne bety mye ekstraarbeid for sykehuset. I stedet burde en satse på å etablere en bookingtjeneste gjennom sykehusets datasystem. Samtidig ønsket de å avvente dette til sykestuene i Vadsø og Båtsfjord la fram sine behov. Som aktuelle problemstillinger for tjenesten viste medlemmene til samtaler i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter. Det ble diskutert om pasienten skulle være til stede under videokonferansene. Fra medisinsk avdeling ved Kirkenes sykehus ble det sagt at det medisinsk sett ikke er nødvendig at pasienten er til stede. Imidlertid ble det framført at det at pasienter er til stede gir noen fordeler: 1) Leger på sykehuset får tilgang til ekstra informasjon om pasienten, 2) alle har tilgang til noenlunde samme informasjon og 3) det at pasienten opplever at helseinstitusjonene samarbeider kan gi ekstra trygghet for pasienten. Til slutt ble det spurt om hvordan refusjonsordningene for utføring av tjenesten ser ut. NSTs prosjektdeltakere skulle sjekke dette ut.

Gruppa utarbeidet prosedyreskjema for bruk av videokonferanse for elektiv virksomhet mellom medisinsk avdeling Kirkenes og sykestuene i Vadsø og Båtsfjord. Skjemaet beskriver først målene med tjenesten i fem punkter. De to første punktene viser til pasientene hvor det sies at tjenesten skal bedre behandlingstilbudet og pasientforløpet til befolkningen i Øst-Finnmark. Tredje og fjerde mål omhandler personellet, hvor det sies at tjenesten skal bidra til økt tilgjengelighet på medisinsk personell i distriktene i regionen og til kompetanseheving blant helsepersonellet. Det overordnede målet med tjenesten er å redusere tidsbruken for både pasienter og helsepersonell.

Prosedyreskjema beskriver arbeidsprosessen med bruk av tjenesten. De to sykestuene skal melde inn sine behov for videokonferanse til sekretærene ved medisinsk avdeling Kirkenes sykehus. Partene avklarer og avtaler per telefon hvem som bør være til stede under videokonferansen. Faste møter avholdes tirsdager mellom kl 11-12:30, med Båtsfjord kl 11:00-11:30 og Vadsø kl 11:30-12:30 dersom ikke noe annet er avtalt mellom partene. Etter visitt eller utskriving er gjennomført, skal det skrives et journalnotat i allmennlegens journalssystem som sendes som henvisning til sykehuset og lagres i sykehusets journalssystem.

5.2.4 Legegruppe Vest-Finnmark

Gruppas mandat har hatt det nøyaktig samme mandat som de andre gruppene. På første møtet i august 2006 var gruppa mest opptatt av å diskutere måter å organisere tjenesten på. Det ble vist til at å plukke ut medisinske kjernegrupper var vanskelig ettersom dette måtte

sees i sammenheng med pasientforløpet. Nordkapp og Alta ble rapportert å ha ulike behov for kontakt med Hammerfest sykehus, noe som igjen ville avspeiles i organiseringen av tjenestene. Alta beregnet behovet for faste konsultasjoner til en og en halv time per uke. Nordkapp på sin side mente at det var tilstrekkelig å møtes en og en halv time annenhver uke. De ville isteden i større grad benytte seg av en bookingtjeneste. Ønsket var å kunne opprette et bookingsystem i sykehusets journalsystem hvor en til enhver tid kunne få oppdatert og kvalitetssikret pasientinformasjon. Fra medisinsk avdeling ved sykehuset ble det vurdert at det medisinsk sett ikke var absolutt nødvendig at pasienter er til stede. Fra sykestuene så man derimot et slikt behov. Spesialistene spør om informasjon som pasienten sitter inne med, og pasientene opplever trygghet når de ser at institusjonens samarbeider og har tilgang til den samme informasjonen.

På neste møte september 2006 ble det presentert konkrete tidspunkter for bruk av videokonferanse. Det ble foreslått at det settes av en og en halv time på torsdager, hvor sykestua i Alta ønsker en time og Honningsvåg en halv time. I tillegg ble det foreslått en halv times videokonferanse på mandager for Honningsvåg. Det ble uttrykt ønske om at legene ved sykestuene skulle kunne bruke sykehusets journalsystem som dokumentasjonssystem, men det hadde kommet fram under prosjektets styringsgruppemøte at dette kunne bli vanskelig blant annet på grunn av juridiske hindringer.

Før tredje møte i januar 2007 ble det sendt ut en mal for prosedyrer. Prosedyrene beskriver arbeidsprosessene i forbindelse med akutte og elektive situasjoner. Prosedyrene for bruk av elektiv virksomhet var ganske lik prosedyrene for Kirkenes-regionen. Når det gjaldt dokumentasjon, ble det bestemt at lege ved Nordkapp skulle presisere prosedyrene for hvordan legene kunne skrive journalnotat i allmennlegejournalen og sende de som en henvisning til sykehuset slik at den kunne gå inn sykehusets journalsystem. Det ble også uttrykt ønske om at finansieringen måtte klargjøres før de ordinære sendingene startet. På neste møte ble spørsmålet om journalføring igjen behandlet. En av allmennlegene hadde vært i kontakt med programleverandør for å ta opp spørsmålet om hvordan en kunne lage et eget sykestueskjema, noe som viste seg ville bety utviklingsarbeid. Foreløpig skulle sykestuene bruke henvisningsskjemaet, noe som innebar at sykehuset måtte ha tilgang til PC under videokonferansen.

5.3 Arbeidsgruppene fortsetter å møtes

Arbeidsgruppene fortsatte å møtes etter at arbeidsgruppene hadde fullført sitt arbeid med å lage prosedyreskjemaer for bruk av tjenesten. Hensikten med møtene var å opprettholde fokus på tjenesten gjennom å ta opp til diskusjon eventuelle endringer og forbedringer av løsningen. I møte i legegruppa Øst-Finnmark i september 2007 tok man opp problemene med å skulle melde inn behov. Prosedyren var at dette skulle meldes til postsekretæren ved medisinsk avdeling, men dette er en telefon som mange av de ansatte i avdelingen kan ta og ikke alle kjente til den telemedisinske visitten. Det ble tatt opp forslag til hvordan en mer smidig innmelding av behov kunne organiseres, både "calling" og e-post ble diskutert. Gruppa endte opp med at praksisen med å ringe skulle beholdes, mens "calling" på vakthavende lege skulle være en nødløsning. Medisinsk avdeling ved Kirkenes sykehus hadde laget en plan over hvem av spesialistene som skulle være på de ukentlige møtene. Denne oversikten skulle sendes til de involverte sykestuene.

5.4 Opplæring

Før helsepersonellet skulle begynne med ordinære videokonferansesendinger ble det gitt opplæring i bruk av utstyret i oktober 2006. I opplæringen inngikk grunnleggende bruk av videokonferanse: hvordan slå på utstyret, slå nummer, zooming, hva som er viktig å tenke på og etikk i forhold til bruk av videokonferanse. Ansatte ved NST var til stede ved det enkelte sykehus og de to sykestuene som sykehuset skulle samhandle med. Sykehuset og sykestuene ble koblet opp slik at deltakerne kunne utforske videokonferanseløsningen, både å bruke teknologien og det å skulle se hverandre og snakke sammen via skjermen. Til sammen var det 77 deltakere på den første opplæringsrunden. Det har vært flest sykepleiere til stede under opplæringen, særlig har oppmøte vært godt fra sykestuene. Oppmøte blant legene har vært varierende, både ved sykestuene og sykehusene.

Etter oppfordring fra brukerne, sendte prosjektgruppa i mars 2007 ut innbydelse til helsepersonell om en oppfølging av den opplæringen som ble gitt høsten 2006. Dette var en mulighet for deltakerne til å oppfriske kunnskap fra høsten 2006 samtidig som nye deltakere ville kunne få opplæring. Igjen ble opplæringen gitt til hver enkelt institusjon, men denne gangen foregikk opplæringen via videokonferanse fra NST. Det ble presisert at maksimum åtte deltakere kunne delta per gang, fordi opplæringspersonalet ønsket at alle skulle få muligheter til å teste systemet.

6. Bruken av videokonferanseløsningen

I de første månedene ble videokonferanseutstyret først og fremst brukt til møtevirksomhet i prosjektregi. De fire arbeidsgruppene gjennomførte arbeidet med å avklare og definere bruken av tjenesten via videokonferanseutstyret. I februar måned 2007 var det ingen av institusjonene som var kommet ordentlig i gang med å anvende løsningen. Sykepleierne hadde brukt løsningen noen få ganger, men institusjonene hadde planer om å starte opp å bruke utstyret i mars og april måned.

Det var sykepleierne som først begynte å bruke løsningen. Vi har informasjon om bruken ved tre av sykestuene og et av sykehusene. Sykepleierne ved to av sykestuene har brukt videokonferanseløsningen til å kommunisere med sykepleiere ved sykehusene. Det har vært et mindre antall sykepleiere som så langt har brukt løsningen jevnlig. Sykepleierne ved den tredje sykestua har i mindre grad anvendt løsningen til sykepleiermøter i prosjektperioden. Ved denne sykestua har det vært slik at sykepleierne først og fremst har deltatt på i møtene mellom allmennlegene og spesialistene.

Leger har sjeldnere brukt løsning. Flere leger ved sykehusene har brukt løsningen, men det har ikke lyktes å etablere faste ukentlige møter mellom allmennleger og spesialistene. En av spesialistene som ble intervjuet, hadde på tidspunktet for intervjuet brukt tjenesten tre ganger, og det var den spesialisten som da hadde brukt den flest ganger. Noen av allmennlegene har brukt løsningen, først og fremst de allmennlegene som har vært deltakere i arbeidsgruppene.

7. Erfaringer med bruk av videokonferanseløsningen

I dette kapitlet skal vi se nærmere på erfaringene med bruken av tjenesten. Helsepersonells egne erfaringer med bruken av videokonferanse i reelle situasjoner var utgangspunktet for spørsmålene som ble stilt. Intervjuene ble gjennomført høsten 2007, 8-9 måneder etter at videokonferanseløsningen var klar til å bli tatt i bruk. Leger og sykepleiere ble spurt om hva de hadde brukt løsningen til, hvor ofte og med hvem de hadde kommunisert. Det andre temaet som spørsmålene tok utgangspunkt i, var arbeidsprosesser og organisering. Spørsmålene gjaldt hvordan og i hvilken grad tjenestene har latt seg integrere i den kontinuerlige driften. Det tredje temaet gjaldt nytten av bruken av videokonferanseløsningen. Og det fjerde temaet ble introdusert ved å gi brukerne muligheten til å tenke høyt om hva som kan gjøres annerledes for å få til optimal bruk av tjenesten.

7.1 *Legenes erfaringer med bruk*

Til sammen har vi intervjuet tre leger. Vi intervjuet to spesialister ved sykehusene, en spesialist ved medisinsk avdeling ved hvert sykehus, i henholdsvis september og oktober 2007. I november 2007 intervjuet vi en allmennlege tilknyttet en av sykestuene.

7.1.1 *Spesialistene*

Videokonferanseløsningen har vært brukt i kommunikasjon med helsepersonell ved sykestuene ved oppsatte tidspunkter. Flere spesialister ved sykehusene har anvendt løsningen, og det har hendt at spesialister har etterfulgt hverandre på videokonferansemøtene alt etter hvilke pasienttilfeller som har vært oppe til behandling. Opplegget for videokonferanseløsningen var slik at allmennlegene ved sykestuene valgte ut hvilke pasienttilfeller som skulle tas opp. Normalt har det kun vært helsepersonell til stede under konferansene, men det er eksempler på at det har vært pasienter til stede. Den ene spesialisten var skeptisk til nytten innen sitt fagfelt av å ha pasienter til stede under videokonferanse. Spesialisten mente at utbyttet var større av å diskutere prøver og liknende enn av å se pasienten på videokonferanse. Det visuelle har ikke vært avgjørende for å kunne gi en adekvat respons på de problemstillingene som har blitt tatt under videokonferanse

På spørsmål om hva de ville ha gjort dersom ikke hadde hatt videokonferanse, svarte legene at de ville ha brukt telefon i kommunikasjon med sykestuene eller, som en av legene sa, de ville fått en henvisning fra sykestuene.

Den andre spesialisten sa at dialogen via videokonferanse har fungert omtrent slik den gjør under en telefonsamtale. Rent teknisk har videokonferanseløsningen fungert bra og det som var forskjellen mellom telefon og videokonferanseløsningen var at det var satt av tid til videokonferanse. Det gjør at postsekretæren har rukket å finne fram pasientdata slik at spesialisten har kunnet forberede seg.

På spørsmål om det visuelle ved videokonferanse gir noe ekstra sammenliknet med telefon, funderte spesialisten litt på om det er så mye å hente fra den visuelle informasjonen. Det som

spesialisten trakk fram som positiv med videokonferanse, var at audiovisuell kommunikasjon var med på å høyne respekten for hverandre. Møte via skjerm innebar at en hadde et ansikt å forholde seg til og en måtte være et ansikt selv.

På et oppfølgende spørsmål om det rent medisinskfaglig gjorde noen forskjell å bruke videokonferanse, svarte den samme spesialisten at rent medisinskfaglig så kunne det være like bra å bruke telefon. Spesialisten var allikevel positiv til bruk av videokonferanse fordi det ga muligheter til å skape et forum mellom helsepersonell ved sykehus og sykestuer.

Spesialisten fortsatte å sammenlikne bruken av telefon og videokonferanse, og pekte på at forskjellen også lå i det faktum at bruken av telefon skjedde ikke-planlagt slik at legen ikke hadde kunnet forberede seg. Helsepersonell kan bli oppringt mens de er opptatt med andre oppgaver. Resultatet kunne da bli at den andre part ble litt stemoderlig behandlet og at det var lettere å overse ting.

Spesialisten sa at det stort sett hadde gått greit å integrere tjenesten i en travel arbeidshverdag. Men legen syntes at å bruke en time til videokonferanse per uke var for mye når en så på antallet pasienttilfeller som hadde vært tatt opp. Spesialisten kunne ha tatt for seg 4-5 pasienttilfeller i løpet av videokonferansetiden, mens det normalt bare ble presentert 1-2 pasienttilfeller, og det syntes legen var bruk av mye ressurser i en hektisk arbeidshverdag. Dette fikk spesialisten til å stille spørsmål om det ikke har vært så stort behov for bruk av tjenesten fra de to sykestuene.

På spørsmål om nytten av videokonferanse, viste spesialisten til at en kanskje kan spare poliklinisk besøk ved sykehuset, hvor man hadde køer og ventetid, gjennom å anvende videokonferanse. Spesialisten var også opptatt av at videokonferansetjenesten var en service som ytes til sykestuene, og at tjenesten måtte vurderes ut fra om den var nyttig for pasienten. På spørsmål om hvilke tilfeller som er særlig egnet til bruk av videokonferanse, svarte spesialisten hud fordi da vil spesialistene kunne se pasienten, og ellers områder hvor undersøkelser er visuelt basert.

Den andre spesialisten gjorde et skille mellom erfaringene med videokonferanse med de to sykestuene. Legen mente at det er begrensa nytte av å ta opp problemstillinger innen det medisinske fagfeltet med den ene av sykestuene. Ved denne sykestua hadde helsepersonell gitt uttrykk for at de gjerne vil bruke videokonferanse til ta opp spørsmål innen kreft og geriatri.

På spørsmål om videokonferanseløsningen har vært utfordrende å organisere, svarte legen at det har vært vanskelig å integrere den i løpende arbeidsprosesser. Utfordringene ble knyttet til ressursituasjonen ved sykehuset. Mangelen på ressurser har ført til at bruken av tjenesten har gått ut over poliklinikken. Spesialisten uttrykte også en bekymring for at spesialistene mer går over i rollen som konsulent.

Spesialisten nevnte spesifikt noen områder som legen kunne tenke seg at tjenesten kunne anvendes innenfor. Hjertesykdommer, infeksjoner på lunge og KOLS er slike områder. Spesialisten viste til at det stadig var mangler ved tjenesten. Situasjonen var fortsatt slik at det manglet en PC i studioet på sykehuset. Det gjorde at spesialistene måtte få opplast data fra sykestuene. I tillegg pekte legen på at det manglet en refusjonsordning for spesialistenes bruk av tid på tjenesten. På spørsmål om hvordan en slik tjeneste bør organiseres på

sykehuset, framhevet spesialisten at det optimale var at de doktorene som hadde sett pasienten tidligere, også burde være med å diskutere pasienttilfellene på videokonferanse.

7.1.2 Allmennlege

Allmennlegen har brukt løsningen et fåtall ganger våren 2007, og utover våren og sommeren uttrykte spesialister ved sykehuset at de ikke hadde kapasitet til møte på videokonferanse. Planen var å ta opp møtevirksomheten i løpet av høsten, men legen hadde ikke deltatt på flere videokonferansemøter på grunn av fravær.

Allmennlegen hadde positive erfaringer med bruk av videokonferanse. Legen opplevde det som en styrke at pasienten kan se spesialisten på skjermen og kan henvende seg direkte til ham eller henne når det har vært forskjellige oppfatninger om hvordan ting skulle angripes. Det å få oppbakking fra spesialisten, hjalp til med å få en felles forståelse med pasienten.

På spørsmål om det visuelle ga noe ekstra, svarte legen at pasientene opplever å bli involvert på en helt annen måte fordi de ser at de kan samtale med spesialisten helt på linje med det allmennlegen kan. Allmennlegen er ikke lenger en mellommann, men kommunikasjonen kan foregå direkte med spesialisten. Pasientene har tatt det greit å bruke videokonferanse fordi det å ha dialog via videokonferanse virker veldig intuitivt.

På spørsmål om hvordan de tilfellene som har vært tatt opp til behandling via videokonferanse ville ha blitt behandlet tidligere, svarte legen at en har med rimelig sikkerhet unngått henvisning til sykehuset i alle fall en gang fordi legene har kunnet benytte videokonferanse.

På spørsmål hvilke tilfeller hvor videokonferanse passer best, pekte legen på akutt situasjoner. Det å ha spesialisten til stede via videokonferanse for å veilede allmennlegene om hvordan pasienten skal behandles før transport, er en veldig styrke. Andre tilfeller er situasjoner der pasienten har en forestilling om at ting ville ha blitt håndtert annerledes på sykehuset. Det å ønske seg videre oppover i systemet er ikke uvanlig. Det å ha spesialisten til stede via videokonferanse og si til pasienten at dette håndteres helt greit på sykestua og du vil ikke oppnå noe ved å komme til oss, det vil gjøre både pasienten og allmennlegene tryggere.

Allmennlegen uttrykte at det hadde gått greit å innpasse videokonferansen i de løpende arbeidsoppgavene. Legen har fast visitt-tid 2,5 timer hver dag, så det å finne et tidspunkt har ikke vært et stort problem. Legemøtet skulle foregå hver torsdag og allmennlegene ringte på torsdagen før møtet slik at spesialisten skulle bli kjent med problemstillingene som skulle tas opp og få tid til å forberede seg.

Tanken var at pasientopplysningen skulle sendes som en henvisning inn til den virtuelle sykestua på sykehuset. Dette er ikke helt på plass ennå. En har prøvd å sende fiktive pasienter. Siste gang havnet den på rett plass, mens den tidligere har havnet på feil plass i sykehussystemet. Så langt har de ikke prøvd med reelle pasienter.

Så langt har det vært prøving og feiling i bruk av videokonferansetjenesten, og for legene var det ennå uklart om hvilken plass videokonferanse skal ha. Allmennlegen trodde imidlertid at det er såpass nyttig at behovet ville bli større etter hvert. På spørsmål om hvordan tjenesten

burde utvides, trakk legen fram flere områder: kirurgi og ortopedi er aktuell i forbindelse med akuten og en ønsker samhandling med kreftavdelingen og geriatri ved UNN.

7.2 Sykepleiernes erfaringer med bruk

I alt fire sykepleiere ble intervjuet i perioden september til november 2007. En av sykepleiere var ansatt ved et av sykehusene, mens tre av sykepleierne var ansatt ved tre av sykestuene. Det innebærer at vi har intervjudata av sykepleiere ved et av sykehusene og tre av sykestuene, men mangler data fra det andre sykehuset og den fjerde sykestuen.

7.2.1 Sykepleier ved sykehuset

Sykepleieren ved sykehuset har gjennomført faste møter med sykepleietjenesten ved de to sykestuene i Finnmark. Hensikten med møtene har vært å utveksle informasjon når det har vært pasienter som skulle overflyttes eller hadde blitt overflyttet. Ofte når det var tale om komplekse ting, så var den sykepleieren som har hatt med pasienten å gjøre også med på møtet. Den direkte informasjonen fra denne sykepleieren vil kunne være med på å få til en god overflytting. Sykepleiere ville også kunne benytte videokonferanseløsningen til å delta i undervisning om de har ønsket det. De vil da kunne melde inn sitt behov, men så langt har ikke dette skjedd.

Sykepleieren har hatt ukentlige møter med sykepleierne ved den ene sykestua mens sykepleierne ved den andre sykestua ikke har vært så aktiv. Informanten spurte seg om den sistnevnte sykestua har opplevd mer trykk i sitt arbeid slik at de har hatt vanskeligheter med å bruke tjenesten fordi at tjenesten kom på toppen av andre oppgaver. Det kunne også være slik at mindre steder har større behov og ønsker en slik ordning, mente sykepleieren.

Tjenesten var organisert slik at sykepleieren gikk en runde på onsdag morgen for å forhøre seg om det var pasienter inneliggende fra de aktuelle kommunene. Etterpå ringte sykepleieren og sa i fra om at de hadde den og den pasienten eller at de hadde ingen den dagen. Sykepleieren argumenterte for en ordning med faste tidspunkter fordi det gjør at bruken blir en vane og ikke noe ekstraordinært. Innpassingen av tjenesten har gått greit fordi informanten har hatt et hovedansvar med å organisere tjenesten. Sykepleieren vurderte det slik at en sykepleier som er aktiv ute i avdelingen ikke har den samme muligheten til å vedlikeholde en fast tjeneste.

Kreft og geriatri var opprinnelig nevnt som mulige pasientgrupper som kunne inngå i tjenesten. Sykepleieren mente at gitt det folketallet som sokner til sykehuset, så vil det bli begrenset bruk av videokonferanseløsningen dersom bare to pasientgrupper skulle inngå i tjenesten. Informanten syntes at tjenesten skulle være åpen for alle kategorier av pasienter. Men kreft og geriatri representerer komplekse pasienter hvor telemedisin er særdeles nyttig. Informanten pekte på at sykehuset har komplekse pasienter innen andre kategorier, også kategorier hvor flere arbeidsgrupper har vært inne i behandlingen. Bruk av videokonferanse kan være en mulighet til å samle alle arbeidsgruppene til møte.

Nytten for sykepleierne ved sykehuset var at det ble etablert en sterkere kontakt med samarbeidspartnere ute i kommunehelsetjenesten. Samarbeidet kan gli lettere når helsepersonell møtes ukentlig via videokonferanse. Helsepersonell får et annet forhold til hverandre når de snakker ansikt til ansikt via videokonferanse, og terskelen for å ringe om

andre ting blir lavere når helsepersonell har møtt hverandre på videokonferanse. Sykepleieren trodde at rapporten som de gir audiovisuelt er bedre enn den de gir via telefon. Det kunne henge sammen med at det er mer ro i videokonferansedialog enn ved bruk av telefon, fordi sykepleierne når de bruker telefon, ikke vet ordentlig om den andre har tid til å snakke.

Utfordringen med å skulle bytte ut telefonen mer og mer med videokonferanse ligger i å skulle innpasse bruken i en hektisk arbeidshverdag. Å skulle bruke videokonferanse istedenfor telefon ved en hver anledning, ville innebære stort tidsbruk.

Sykepleieren mente uansett at tjenesten representerer et gode og vil anbefale andre å ta den i bruk. Systemet var fremdeles sårbart fordi det bare var denne sykepleieren som hadde innarbeidet videokonferansetjenesten i sitt arbeid. Sykepleieren har laget en bruksanvisning for videokonferanseutstyret og har vist mange av sine kolleger hvordan det skal brukes i praksis, men det er ikke mulig å pålegge at de andre må huske på å ringe en sykestue på onsdag. På spørsmål om hva en må tenke på når man implementerer slike tjenester, pekte sykepleierne på at systemet ikke måtte tres nedover hodene på folk og at en har de rette personene som er interessert.

7.2.2 Sykepleiere ved sykestuene

Sykepleierne har brukt videokonferanseløsningen i ulike sammenhenger. Det er to hovedområder som løsningen særlig har vært brukt til. Det ene er samtaler mellom sykepleiere ved sykehus og sykestuer og det andre er deltakelse i legevisitter hvor leger ved sykestuene møter legene ved sykehuset. Ved sykepleiermøtene har begge sykestuer og sykehus vært til stede, mens ved legevisitten så har helsepersonell ved sykestuene arrangert hvert sitt møte med spesialister ved sykehuset. Ordningen har fungert slik at ved de faste sendingene så har sykepleierne meldt fra dagen før. Hvis det ikke var noe som skulle tas opp, så har utstyret blitt koblet ned.

En av sykepleierne sa at man først og fremst har hatt nytte av møtene med legene ved sykehuset. Ved slike møter var det en allmennlege til stede ved sykestua og sykepleierne inngikk som deltakere i disse møtene. Sykepleieren pekte på at legevisitten ga sykepleieren muligheter til å ta opp problemstillinger som helsepersonell ved sykestua følte at de kommer til kort med. Utfordringene med få til sykepleiermøter har vært lokale. Som regel er det sykepleierne ved sykestua som ikke har møtt fordi de ikke har hatt tid.

Sykepleieren beskrev lokalitetene som en utfordring for bruk. Utstyret står plassert på et rom som også brukes til andre oppgaver. Dersom det er andre aktiviteter på gang i dette rommet samtidig med at det er planlagt et videokonferansemøte, må utstyret trilles inn på et annet rom. Det hadde vært lettere å gjennomføre videokonferansemøter dersom en hadde et dedikert rom til denne aktiviteten. En annen sykepleier beskrev en liknede fysisk utforming ved sin sykestue. Her var en i gang med å installere kontakter for videokonferanse flere steder på sykestua, også på kontoret til legen, slik at helsepersonell ville kunne bruke løsningen fra flere lokaliteter.

Ved alle sykestuene har noen av sykepleierne fått ansvaret for å være superbrukere med ekstra ansvar for bruken av utstyret. Utfordringen har vært å engasjere flere av de ansatte til å bruke utstyret slik at de kunne føle seg trygge. På spørsmål om møte via skjerm la en

demper på folks vilje til å ta ordet svarte en av sykepleierne at det ikke opplevdes som noe problem for deltakerne å skulle diskutere på videokonferanse.

På spørsmål om en teknologi som også gir visuell informasjonen har noen fordeler sammenliknet med telefonisk kontakt, beskrev en sykepleier flere områder. Det å kunne se hverandre gjør at en får tilgang til mer informasjon, og dermed øker aktørenes evne til å forestille seg situasjonen og problemstillingene på den andre lokaliteten. For pasienten er det en fordel at han eller hun kan se spesialisten og fikk anledning å stille spørsmål. Et eksempel hvor det er nyttig for det helsepersonell som skal gi vurdering og veiledning, er innen sårstell. Men sykepleieren mente også at samarbeidet blir bedre når helsepersonell kan se ansiktene til hverandre. En annen sykepleier pekte på at verden ikke har forandret seg etter at videokonferansetjenesten ble introdusert. Tjenesten vil ikke nødvendigvis bli savnet om den ikke var tilgjengelig. Allikevel, tjenesten representerer en utvikling som sykepleieren var glad for å være med på. Sykepleieren uttrykte også et håp om videokonferanseløsningen ville bli mer vanlig i framtida, ikke minst det å kunne bestille kontakt med sykehuset ved behov.

Hva skal til for å få til en oppegående tjeneste? En av sykepleierne viste til at dagens ordning er avhengig av at det finnes ildsjeler og helsepersonell som er motivert for å ta tjenesten i bruk. For å få til en velfungerende tjeneste må det settes av ressurser og det må lages planer og systemer for faste møter. Dette systemet må igjen være forankret i organisasjonene slik at det forplikter aktørene til å delta i videokonferansetjenesten. Forpliktelser må gjelde både kommunehelsetjenesten og sykehuset. På sykehuset som er tilbyder av en tjeneste, må det etableres et nettverk av aktører som kan delta på videokonferanse.

En annen sykepleier trakk fram behovet for å etablere et nettverk mellom kommunene i fylket, og ikke minst at de små kommunene deltar, når sykepleieren ble spurt om videokonferanse var noe en kunne anbefale at andre sykestuer burde ta i bruk. På spørsmål om det er noen forskjell mellom store og små kommuner når det gjaldt behovet for tjenesten, pekte sykepleieren på at en har de samme diagnosene i små og store kommuner, men at små kommuner er mer sårbare fordi de har færre ansatte. Når en sykepleier forlater, så forvinner kunnskapen.

8. Oppsummering og diskusjon

Det var NST som tok initiativet til å starte prosjektet "Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark". Prosjektet hadde klart formulerte hovedmål. Målet var å skape grunnleggende og varige endringer i samhandlingen mellom sykehus og sykestuer for dermed kunne effektivisere og bedre helsetjenesten slik at pasientforløpet ble helhetlig med tilfredsstillende kvalitet. Utstyret ble plassert ut ved sykestuene i Alta, Nordkapp, Båtsfjord og Vadsø, og ved sykehusene Kirkenes og Vadsø.

Samtidig med telemedisinprosjektet gjennomførte Helse Finnmark et eget sykestueprosjekt. En faggruppe konkluderte med at sykestuedriften måtte omfatte konkrete tiltak for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, til beste for pasienten i en sammenhengende omsorgskjede. Gruppen viste til at særlig pasienter som havner i knipe mellom behandlingsnivåene kan ha nytte av sykestuetilbudet. Faggruppen mente at rapporten måtte legges til grunn for utviklingen av de telemedisinske tjenestene.

Telemedisinprosjektet ble etter hvert oppfattet av Helse Finnmark som delprosjektet som skulle beskjeftige seg med teknologien og Helse Finnmark ble også stående som prosjekteier. Representanten for ledelsen i Helse Finnmark vurderte sykestuene fra to perspektiver. Sett fra egen organisasjon representerer utgiftene til sykestuene en stor utgiftspost. Men sett fra et pasientperspektiv så representerer sykestueplassene et meget godt tjenestetilbud i et fylke med lange avstander og mange eldre. Bruk av telemedisin kunne være en mulighet for å tilby kompetanse, ikke minst fra UNN, og gjennomføre konsultasjoner der hvor folk bor.

Med opprettelsen av ei prosjektgruppe ved NST ble det satt av personell og ressurser til arbeidet med telemedisinprosjektet. Prosjektgruppa har hatt ansvar for å planlegge og gjennomføre prosjektaktiviteter og fungere som bindeledd mellom de ulike aktørene. Dessuten skulle gruppa plassere ut utstyr, gjennomføre opplæring til helsepersonell i bruk og gi teknisk assistanse i den første fasen etter at teknologien var på plass. Det har imidlertid ikke vært kontakt mellom det vi kan kalle det store sykestueprosjektet i regi av Helse Finnmark og telemedisinprosjektet som ble oppfattet som et delprosjekt.

Gjennom etableringen av arbeidsgrupper ble brukerne invitert til å delta aktivt i prosessen med å definere hvordan videokonferansetjenesten skulle se ut. Sykepleiergruppene lyktes ikke bare med å lage formelle prosedyrer men også med å spesifisere et støttesystem, med ansvarspersoner og superbrukere, for den nye tjenesten. Sykepleiere så også muligheter for å utvide sykepleiertjenesten ved at de kunne delta på legemøtene. Arbeidet med å utvikle prosedyreskjemaer i legegruppene gikk saktere enn i sykepleiergruppa, noe som bl.a. skyldtes at legene hadde vanskeligheter med å finne et felles møtetidspunkt.

Allerede på et tidlig tidspunkt tok spesialister ved begge sykehusene opp utfordringene med å integrere tjenesten i sykehusdriften. Allmennlegene var opptatt av hvordan sykestuene kunne bruke tjenesten i kommunikasjon med sykehusene. Tjenesten ville kunne være med på å synliggjøre aktivitetene ved sykestuene og gjøre sykehuset i stand til å understøtte arbeidet ved sykestuene

Innføringen av videokonferanse innebærer nye samarbeidsrelasjoner mellom legene ved sykestuene og sykehusene. Innføring av en samarbeidsteknologi krevde igjen samarbeid via et dokumentasjons- og kommunikasjonssystem. Sykehus og allmennleger bruker ulike dokumentasjonssystemer og allmennlegene har ikke tilgang til dokumentasjonssystemet som brukes på sykehuset. Løsningen var å bruke en kommunikasjonsløsning som i dag brukes for kommunikasjon fra allmennlege til sykehus, henvisningsskjemaet i allmennlegenes pasientjournal. Denne nye samarbeidsformen støttes heller ikke av det økonomiske refusjonssystemet.

Prosjektet lyktes med å passere passasjepunktet som omhandlet å etablere en teknologiske system og organisasjonsmessige ramme for bruk av videokonferanse som samhandlingsverktøy. Så langt har prosjektgruppa hatt muligheter til å være med på å utforme løsningen. Det neste kritiske passasjepunktet er når løsningen møter aktørene i konkrete arbeidssammenhenger. Prosjektgruppas muligheter til å påvirke prosessen blir mindre, teknologiens skjebne er i hendene på brukerne.

Leger har så langt i liten grad tatt løsningen i bruk. Det gjelder både ved sykestuer og sykehus. Ved sykestuer har det gjerne vært slik den legen som har deltatt i

arbeidsgruppene, har anvendt videokonferanse oftest. Ved en av sykestuene som ikke har hatt ordning med fast daglig tilsyn, har det vært vanskelig å få allmennleger til å møte opp.

Begge spesialistene viste til at rent medisinskfaglig så har ikke videokonferanse gitt så mye mer sammenliknet med telefon. Den ene legen sa at det visuelle ikke var avgjørende for om legen ville kunne gi en adekvat respons på spørsmål fra allmennlegen innen sitt medisinske fagfelt. Spesialisten hadde behov for å kunne diskutere prøver og liknende, men mediet kunne like gjerne være en telefon.

Den andre spesialisten pekte imidlertid på at den visuelle informasjonen som videokonferanse ga, endret måten legene kommuniserte på. Respekten for hverandre økte når en kunne se hverandre. Det andre som legen pekte på, var at fordelene med bruk av videokonferanse var at det var satt av et bestemt tidspunkt for samtale slik at spesialisten kunne forberede seg. Videokonferanseløsningen ga også muligheter for at det dannes et forum hvor både spesialister og allmennleger vil kunne delta. Legen mente at det er muligheter for at en kan spare poliklinisk besøk gjennom å anvende videokonferanse.

En av spesialistene mente at videokonferansetjenesten var vanskelig å integrere i de løpende, lokale arbeidsprosessene. Utfordringen kan forstås på bakgrunn av relasjonen mellom de krav som tjenesten stiller til personalbruk og ressursituasjonen ved avdelingene. Den andre spesialisten har så langt opplevd det som forholdsvis greit å innpasse tjenesten i arbeidshverdagen. Forskjellen i svar om mulighetene med å integrere tjenesten i arbeidshverdagen, kan skyldes at den førstnevnte legen svarte med utgangspunkt i avdelingen, mens den andre svarte med utgangspunkt i egen arbeidssituasjon og det faktum at tjenesten ikke hadde vært så mye brukt.

Men når en skal vurdere nytten av tjenesten, er det viktig å ha i mente om allmennlegene ved sykestuene opplevde det som positivt å ha tilgang til videokonferansetjenesten. Slik den ene spesialisten oppfattet det, er denne tjenesten en service som ytes til sykestuene fra sykehusene.

Allmennlegen som ble intervjuet, har opplevd tjenesten som nyttig. Videokonferansen har gitt pasienten muligheten til kommunisere direkte med sykehuslegen. Legen opplevde at pasienten følte seg mer involvert når de har kunnet snakke direkte med sykehuslegen. Når det har oppstått uoverensstemmelser mellom pasient og lege om hvordan ting skulle angripes, har allmennlegen opplevd det som nyttig å ha oppbakning fra sykehuslegen slik at legen har kunnet skape en felles forståelse med pasienten. Det at spesialisten har kunnet si til pasienten at hun eller han blir behandlet på en adekvat måte, har gjort både lege og pasient tryggere. Det andre område som legen trekker fram hvor videokonferanse er nyttig, er i akutt situasjoner. Bruk av videokonferanse gjør at sykehuslegen kan veilede allmennlegen om behandlingen før transporten kommer i gang.

Utfordringen med å etablere en varig tjeneste henger sammen med at løsningen innebærer kommunikasjon over organisasjonsgrenser. Organisasjonene har egne mål og virksomheter, og en kommunikasjonsløsning vil innebære at organisasjonenes virksomheter må tilpasses hverandre. Dersom representanter for den ene organisasjonen ikke møter opp, bryter tjenesten sammen. Det er ikke nok at den ene part opplever å ha nytte av systemet og derfor ønsker å bruke det. Når aktørene vurderte tjenesten skjedde det med utgangspunkt i den organisasjons- og arbeidsmessige sammenheng de inngikk i. Allmennlegen opplevde å ha nytte av systemet og fokuserte i langt større grad på videokonferansens betydning for

pasienten og pasient-lege-relasjonen. Det kan ha sammenheng med at allmennlegen har et mer kontinuerlig ansvar for sykestuepasienten. Med utgangspunkt i egen organisasjon opplevde den ene spesialisten at bruken av tjenesten tok ressurser fra sykehusets kjernevirksomhet og at spesialisten gikk mer over i rollen som konsulent.

Å skulle måle aksept for en løsning ved å kvantifisere hvor mange ganger den har vært i bruk, er problematisk når det er tale om en kommunikasjonsløsning hvor to eller flere parter må være til stede samtidig. Som vi har vist opplevde allmennlegen at tjenesten ikke var virksom fordi spesialistene ikke hadde tid. Sykepleiere ønsket å delta på legemøtene, men fordi legene ikke har møtt opp, både spesialister og allmennleger lokalt, ble møtene avlyst.

Arbeidsgruppene fortsatte å møtes utover prosjektperioden. For prosjektleder var dette en mulighet til å diskutere endringer og forbedringer av tjenesten for på den måten å forsøke å skape større aksept for tjenesten. Et av sykehusene laget etter hvert en vaktliste over personer som kunne nås til hvilke tidspunkter via videokonferanse. Sykestuene vil ut fra denne listen kunne finne ut hvem de kunne kontakte.

Sykepleierne begrunner nytten ut fra at videokonferanse som en audiovisuell teknologi inneholder mer informasjon enn telefonen. Tilgangen til audiovisuell informasjon skaper en større følelse av tilstedeværelse. Det at sykepleiere har møtt hverandre via videokonferanse kan være med på å senke terskelen for å ta opp andre ting. For sykepleierne representerte etableringen av legemøter en ny kanal for å ta opp faglige spørsmål med legene.

Sykepleierne som ble intervjuet, har lyktes med å integrere teknologien som en normal del av sine arbeidsrutiner. De har også etablert et sosialt system som støtter opp om bruken av teknologien ved at det er utviklet roller i organisasjonen som har som ansvarsområde å skulle bistå andre når det oppstår problemer. Så langt har det vist seg å være utfordrende å skulle innrullere andre sykepleiere i videokonferansetjenesten. Forklaringen på dette har vært at det har vært en bøyg å komme i gang, men også at disse sykepleierne ikke har hatt de samme arbeidsmessige mulighetene for å bruke løsningen. For flere av de intervjuede sykepleierne gjaldt det at de hadde en rolle i organisasjonen som tillot dem å planlegge sin tidsbruk.

9. Avslutning

Utfordringen med å implementere videokonferanse for samarbeid mellom helseinstitusjoner kom til syne i den fasen hvor teknologien skulle tas i bruk. Henrik Linderoth (2000) pekte i en avhandling om telemedisin på viktigheten av at det finnes ildsjeler i organisasjonen når teknologi blir forsøkt implementert. Ildsjelene kan også fortelle oss noe om grensene for teknologiens anvendelsesområde, men ikke nødvendigvis noe om hvordan den jevne bruker vil forholde seg. For at den jevne bruker skal ta systemet i bruk, må det lages organisasjonsarrangementer, incentiver og tid, som kan være med på å fremme bruken. Sykepleierne er eksempler på interesserte brukere som også har roller i organisasjonen som har gitt muligheter for bruk av systemet.

Litteraturliste:

Callon, M. (1986) Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fisherman of the St Brieuc Bay. I Law, J. (red). Power, action and belief. A sociology of knowledge? London: Routledge. 196-233.

Cooper, R. B. & Zmud, R. W. (1990) Information technology implementation research: A technology diffusion approach. Management science, 36(2), 123-139.

Desentralisering av spesialist helsetjenester i Helse Nord. Rapport fra prosjektgruppe oppnevnt av Helse Nord RHF. 2. mai 2005.

Linderoth, H. (2000) Från vision till integration. Infusion av telemedisin – en översättningsprocess. Studier i företagsekonomi, Serie B, Umeå Universitet.

Johnsen, E. m.fl. (2003) *Distriktsmedisinske senter med telemedisin – en utredning.* NST-rapport, 12-2003.

Samhandling er godt for helse! Forslag til tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord, juli 2002.

Telemedisin som virkemiddel for økt samhandling. Sluttrapport fase 3, 2003, Pricewaterhousecoopers, NST.

Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord. Rapport Helse Finnmark, Helse Nord, 2006.

Aaraas m. fl. (2000) : Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:720-5.

