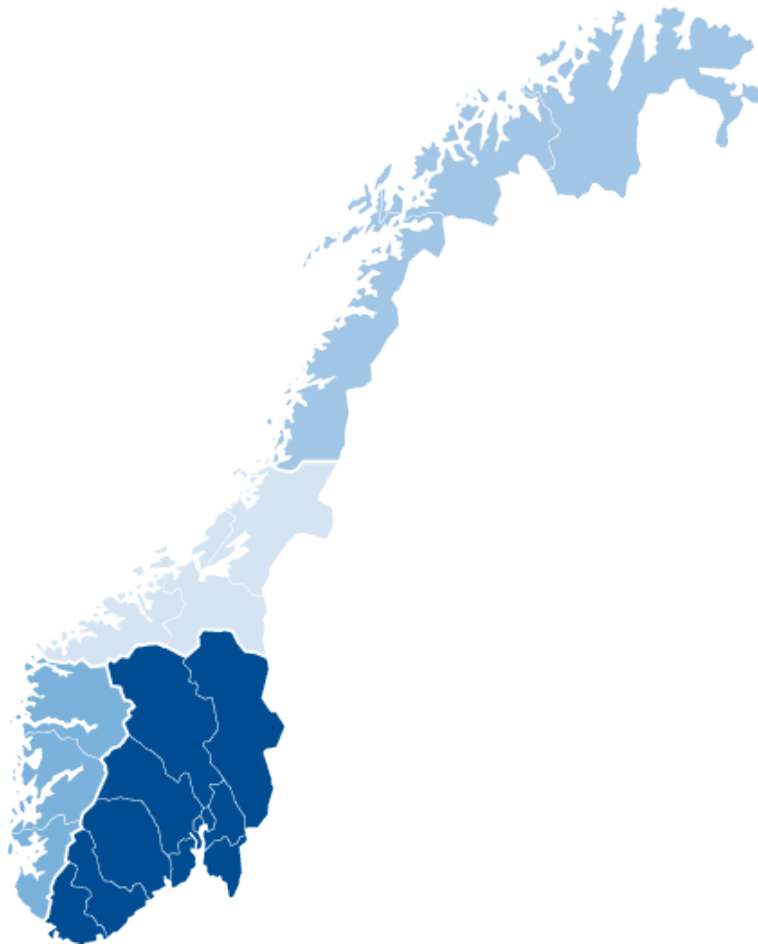


Avstandsoppfølging i habilitering

- resultater fra nasjonal spørreundersøkelse gjennomført i 2020



Rapporten er utarbeidet av
Nasjonalt kompetansetjeneste nettverk innen habilitering
23. januar 2021

Sammendrag

Bakgrunn

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* legges det opp til at pasienter i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv ved hjelp av teknologi. Dette skal gjøre det enklere for pasientene og spare tid for helsepersonell. Nasjonalt kompetansetjenestenettverk innen habilitering tok våren 2020 initiativ til en spørreundersøkelse om avstandsoppfølging i habiliteringstjenestene for barn og unge (HABU) og habiliteringstjenestene for voksne (HAVO) i spesialisthelsetjenesten i Norge. Med begrepet avstandsoppfølging menes i denne sammenheng alle former for samhandling i pasientrettet arbeid, hvor den ansatte ikke er i samme fysiske lokalisasjon som pasient, pårørende og/eller samarbeidspartnere, men bruker teknologi for å samhandle.

En arbeidsgruppe med en representant fra hver av de tre regionale kompetansesentrene som inngår i Nasjonalt kompetansetjenestenettverk innen habilitering, og nettverkets representant fra Helse Nord har gjennomført arbeidet.

Formål

Det overordnede formålet med spørreundersøkelsen har vært å få en oversikt over bruk av avstandsoppfølging ved habiliteringstjenestene i Norge både før og under koronapandemien. I tillegg har en ønsket å innhente kunnskap som kan belyse hvilke erfaringer ansatte har med å bruke avstandsoppfølging i kontakt med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, til hvilke formål de mener at avstandsoppfølging er nyttig eller ikke nyttig, hvilke rammebetingelser som trengs, hvilke holdninger ansatte har til avstandsoppfølging og hvordan kommunikasjonen påvirkes.

Metode

Data er samlet inn via elektronisk spørreskjema. Lenke til skjema ble sendt ut via e-post til målgruppen, som var alle ansatte ved habiliteringstjenestene ved alle helseforetakene i Norge. Spørreundersøkelsen kunne besvares i perioden 22. juni - 9. september 2020. 223 personer svarte på spørreundersøkelsen. Kvantitative data er analysert med deskriptiv statistikk, mens det er gjort en innholdsanalyse av kvalitative data. Spørreundersøkelsen har fått tilråding av Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus.

Resultater

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det har vært en betydelig økning i bruk av avstandsoppfølging etter at smitteverntiltakene ble innført i midten av mars 2020. Endringen er i hovedsak knyttet til økt bruk av videokonsultasjoner, og rapporten er konsentrert rundt dette i presentasjon av resultater.

Respondentene beskriver både gode erfaringer og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i habiliteringsarbeidet. Oppgaver knyttet til forberedelser, oppfølging, veiledning og møtevirksomhet pekes ut som særlig egnet for videokonsultasjon. I noen sammenhenger er dette også foretrukket.

Det er betydelig færre som vurderer at videokonsultasjon egner seg for oppgaver knyttet til utredning, behandling og kontroll. Det påpekes også at i noen situasjoner er fysiske møter mellom pasient og fagperson en forutsetning for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Flere tar til orde for at det er en stor fordel at det allerede er etablert kontakt før video anvendes som kontaktform, og at videokonsultasjon ikke egner seg ved det første møte mellom pasient og fagperson.

Undersøkelsen avdekker at det fortsatt må arbeides med tilgang til utstyr og egnede lokaler for ansatte. Selv om de fleste oppgir å ha fått opplæring i å bruke digitale plattformer, ivareta personvern og dokumentere konsultasjoner og møter ved journalføring og koding, er kompetanseheving og det å bli fortrolig med bruk av videokonferanseutstyr fortsatt viktig å vektlegge. Viktigheten av at pasient, pårørende og samarbeidspartnere har tilstrekkelig kunnskap, utstyr og båndbredde, er også poengtert. Respondentene formidler frustrasjon over manglende felles videobasert samarbeidsplattform.

Majoriteten av respondentene er positive til å kunne utføre flere videokonsultasjoner i framtiden, dette til tross for at mange ikke anser videokonsultasjoner som et likeverdig tilbud som fysiske møter. Effektiv ressursbruk, både for pasient, pårørende, samarbeidspartnere og ansatte i habiliteringstjenesten, nevnes som en fordel, mens det knyttes bekymringer til om denne kontaktformen ivaretar samvalg og brukermedvirkning godt nok. Flere respondenter peker på at kommunikasjonen påvirkes, blant annet ved at samtaler ikke flyter like lett og at det kan være vanskeligere å fange opp nonverbal kommunikasjon. I tillegg nevnes mulighet til å kunne fortolke kroppsspråk og svake språklige ferdigheter som et vesentlig element i pasientkontakten i habiliteringstjenesten, siden en del av målgruppen har forståelsesvansker og utfordringer med å formulere og uttrykke egne meninger. Dette er forhold som kan gjøre det utfordrende å benytte video som kontaktform. Bruk av tolk, fremmedspråklig og tegnspråk, oppleves også utfordrende.

Avslutning

Endring i arbeidsmåter er krevende, og det er nødvendig å sette inn ressurser i en prosess hvor både brukere og tjenesteytere samarbeider om løsninger som passer for tjenestenes målgrupper. Avstandsoppfølging skal ikke være en nødløsning når fysiske møter er vanskelig å gjennomføre, men en del av habiliteringstjenestenes tilbud.

Spørreundersøkelsen har innhentet informasjon fra ansatte i habiliteringstjenestene. Det hadde vært både nyttig og interessant å gjøre en tilsvarende undersøkelse blant pasienter og pårørende for å få fram deres erfaringer med videokonsultasjoner.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1.0 Bakgrunn	4
2.0 Om prosjektet	5
3.0 Ulike løsninger for videokommunikasjon	7
4.0 Presentasjon av resultater	9
4.1 Har det vært endring i bruk av avstandsoppfølging?	9
4.2 Hvordan fordeler bruken av plattformer seg?	10
4.3 Til hvilke formål er videokonsultasjon egnet, og når er det ikke egnet?	11
4.4 Hvilke forutsetninger må være på plass for at videokonsultasjoner skal fungere?	13
4.5 Er kompetansen på plass hos ansatte ved HABU og HAVO?	14
4.6 Er brukermedvirkning og samvalg utfordret?	16
4.7 Hvordan påvirkes kommunikasjon ved avstandsoppfølging?	17
4.8 Hvilke holdninger har ansatte til videokonsultasjoner?	20
5.0 Oppsummering	23

1.0 Bakgrunn

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023¹ er tydelig i sin retning om at helsetjenesten framover skal utnytte mulighetene teknologien gir:

- Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.
- Spesialisthelsetjenester som før krevde fysisk oppmøte utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Dette er enklere for pasientene og frigjør tid som helsepersonellet kan bruke på andre pasienter (s. 7).

Bruk av teknologi og digitalisering nevnes som et av hovedtemaene i meldingen. Regjeringen vil ha et skifte og ulike former for teknologi står som sentrale verktøy. Selv om digitalisering er utløst av fremskritt innen informasjonsteknologi, handler det i praksis først og fremst om endringer i arbeidsprosesser og gode forsvarlige behandlingstilbud til pasienter.

Koronapandemien med omfattende smitteverntiltak har ført til at avstandsoppfølging i større grad er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, både i forbindelse med pasientkonsultasjoner og i samarbeid mellom ansatte og instanser. Med avstandsoppfølging mener vi i denne sammenhengen alle former for samhandling i pasientrettet arbeid, hvor vi ikke er i samme fysiske lokalisasjon som pasient/pårørende/samarbeidspartnere, men bruker teknologi for å samhandle.

Habiliteringstjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten². Målgruppen til habiliteringstjenestene er personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse eller utviklingsforstyrrelse. Habiliteringstjenestene er bredt tverrfaglig sammensatt med medisinsk, nevrologisk, psykologisk, sosialfaglig, spesialpedagogisk og miljøterapeutisk kompetanse. Mye av arbeidet skjer tverrfaglig ved at aktuelle ansatte samarbeider om utredninger, funksjonsvurderinger, diagnostisering, rådgiving/veiledning og utforming av tiltak. Tjenesteytingen skjer i stor grad poliklinisk eller ambulant. I de fleste helseforetak er tjenesten organisert i en habiliteringstjeneste for barn og unge (HABU) og en habiliteringstjeneste for voksne (HAVO). Både HABU³ og HAVO⁴ har nasjonale prioriteringsveiledere som gir råd og anbefalinger for virksomheten, i tillegg til andre overordnede veiledere for området.

¹Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Nasjonal helse og sykehusplan 2020 - 2023. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

²Helsedirektoratet (2015) Nasjonal veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten/saerlig-om-tjenester-til-barn-unge-og-voksne-med-habiliteringsbehov-i-spesialisthelsetjenesten>

³ Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder-habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>

⁴Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder-habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten>

2.0 Om prosjektet

Nasjonalt kompetansetjenestenettverk innen habilitering består av Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge i Helse Sør-Øst (RHABU), Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest, Regionalt kunnskapssenter for habilitering i Helse Midt-Norge (RHAB, NTNU) og representanter fra habiliteringstjenester i Helse Nord. Nettverket har blant annet som formål å utveksle kunnskap og erfaring, samarbeide om ulike fagutviklingstiltak på tvers av regioner, samt å bidra til forbedret kvalitet på habiliteringstjenester og mer effektiv kompetanseutvikling.

For å få mer kunnskap om ansattes anvendelse av og erfaringer med avstandsoppfølging, tok Nasjonalt kompetansetjenestenettverk innen habilitering initiativ til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ansatte i habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Det overordnede formålet med spørreundersøkelsen har vært å få en oversikt over bruk av avstandsoppfølging både før og under koronapandemien. I tillegg har det vært viktig å innhente kunnskap som kan belyse følgende spørsmål:

- Hvilke **erfaringer** har ansatte med å bruke avstandsoppfølging i kontakt med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere?
- Til hvilke **formål** mener ansatte at avstandsoppfølging er nyttig, og når er det ikke nyttig?
- Hvilke **rammer** må til for at avstandsoppfølging skal fungere godt?
- Hvilke **holdninger** har ansatte til avstandsoppfølging?
- Hvordan påvirkes **kommunikasjonen** av avstandsoppfølging?

I spørreundersøkelsen er avstandsoppfølging avgrenset til kontakt mellom ansatte, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere ved hjelp av telefon- og videokommunikasjon, SMS og e-post på sikre plattformer.

En arbeidsgruppe med en representant fra de tre regionale kompetansesentrene som inngår i Nasjonalt kompetansetjenestenettverk innen habilitering, samt en representant fra Helse Nord har utført oppdraget. Arbeidsgruppen har rapportert til kompetansetjenestenettverket. Samarbeidet har foregått på digitale flater, med unntak av et fysisk møte.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Hans Kristian Høgås, rådgiver, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord
- Bjørg Neset, universitetslektor, Regionalt kunnskapssenter for habilitering (RHAB) NTNU, Helse Midt-Norge
- Cathrine Nøttingnes, rådgiver, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Helse Vest
- Cathrine Utne Sandberg, rådgiver, Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge, RHABU, Helse Sør-Øst

Arbeidsgruppen utarbeidet et spørreskjema på bakgrunn av de problemstillingene som det var ønsket å få belyst. Spørreskjemaet inneholdt både lukkede spørsmål med avkrysning, og åpne spørsmål hvor respondentene hadde mulighet til å svare mer utfyllende. Vi gjennomførte en pilotundersøkelse, hvor representanter fra alle fire helseregioner deltok. Det ble gjort justeringer i spørreskjema på bakgrunn av tilbakemeldinger. Spørreundersøkelsen fikk tilråding av Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus. For å samle inn data ble elektronisk spørreskjema fra plattformen Nettskjema brukt. Spørreundersøkelsen var anonym.

Målgruppen for spørreundersøkelsen var ansatte i habiliteringstjenestene ved alle helseforetakene i Norge. Rekruttering av informanter foregikk ved at lenke til det elektroniske spørreskjemaet ble distribuert via e-post til alle ledere ved landets habiliteringstjenester. Lederne ble oppfordret til å videreformidle e-posten til sine ansatte. Det ble purret en gang. Deltagelse var frivillig. Spørreundersøkelsen var åpen i perioden 22. juni til 9. september 2020. Kvantitative data fra spørreundersøkelsen er analysert med deskriptiv statistikk. Det er gjort en innholdsanalyse av kvalitative data.

Tabell 1: Totalt har 223 personer besvart spørreundersøkelsen. Tabellen viser hvordan respondentene fordeler seg mellom de fire helseregionene.

Helseregion	Antall respondenter (N=223)	Prosentandel
Helse Nord	32	14
Helse Midt	35	16
Helse Vest	39	18
Helse Sør-Øst	117	53

Tabell 2: Totalt har 223 personer besvart spørreundersøkelsen. Tabellen viser hvordan respondentene fordeler seg mellom HABU, HAVO og tjenester som dekker hele aldersspekteret.

Del av habiliteringstjenesten	Antall respondenter (N=223)	Prosentandel
Habiliteringstjeneste for barn og unge (HABU)	121	54
Habiliteringstjeneste for voksne (HAVO)	89	40
Habiliteringstjeneste som dekker hele aldersspekteret	13	6

Ettersom spørreundersøkelsen ble formidlet via ledere i de ulike tjenestene, har arbeidsgruppen ikke kontroll på om invitasjonen er blitt formidlet videre til alle ansatte i alle HABU og HAVO. En annen utfordring er at det ikke finnes en eksakt oversikt over antall ansatte i habiliteringstjenestene på landsbasis. På bakgrunn av tilgjengelige tall kan vi likevel anslå at ca 30 % av ansatte i habiliteringstjenestene i Norge har svart på spørreundersøkelsen. Vi vet lite om gruppen som ikke har svart, og vet heller ikke årsaken til at de ikke har respondert.

Vi kan spekulere i mulige årsaker; som for eksempel at spørreundersøkelsen aldri nådde ut til dem, eller at de lot være å svare fordi de ikke benytter avstandsoppfølging og dermed antok at spørreundersøkelsen ikke var relevant for dem å svare på. Det kan også være at personer som har en negativ innstilling til avstandsoppfølging er mindre interessert i å besvare en slik undersøkelse. En grunn kan også være at spørreundersøkelsen ble sendt ut i en krevende periode for tjenestene, med omprioriteringer og nye arbeidsmåter på grunn av smitteverntiltak. Disse forholdene bidrar til at det er sikkerhet knyttet til om resultatene er representative for hele populasjonen.

3.0 Ulike løsninger for videokommunikasjon

I forbindelse med denne spørreundersøkelsen var det viktig for arbeidsgruppen å få en oversikt over hvilke løsninger som brukes innen videokommunikasjon i helsetjenestene, se tabell 3.

Tabell 3: Viser en skjematisk oversikt over ulike løsninger for videokommunikasjon og løsningens egenskaper.

Egenskaper Navn på video-løsning	Program eller nettleser?	Kompatibel med andre løsninger?	Fri bruk?	Android og iOS?	Maks antall?	Gruppe-rom (1)	Chat?	Dele dokumenter?
Skype for Business	Programvare/app	Ikke tilgjengelig fra andre videoløsninger, kan brukes som portal til mer åpne løsninger som Join	Nei, men gjest deltar uten kostnad	Ja, men begrensninger for brukere av mobil app med innlogging	250/styrt av lisens	Ikke standard funksjon, kan installeres	Ja	Ja
Join	Nettleser /app	Ja	Nei, men gjest deltar uten kostnad	Ja	600/styres av tilgang og oppsett	Ja, men må kjøpes i tillegg. Maks antall i video-visning pr. gruppe-rom: 21	Ja	Ja
Teams	Nettleser /app	Ja	Ja (2) Gjest deltar uten kostnad	Ja	10 000	Ja (styres av tilgang og oppsett)	Ja	Ja
Videonor Connect	Nettleser	Ja	Nei	Ja	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja	Ja
Zoom	Nettleser	Ja	Ja (3)	Ja	100	Ja	Ja	Ja
Hangouts/ Google Meet	Nettleser	Ja	Nei	Ja	150	Ja	Ja	Ja
Confrere	Nettleser	Ikke oppgitt	Nei	Ja	Få, helst en til en	Nei	Ikke oppgitt	Ja

(1) Et videomøte kan deles i flere undermøter i virtuelle møterom

(2) "Gratis" for klienter som har Office 365

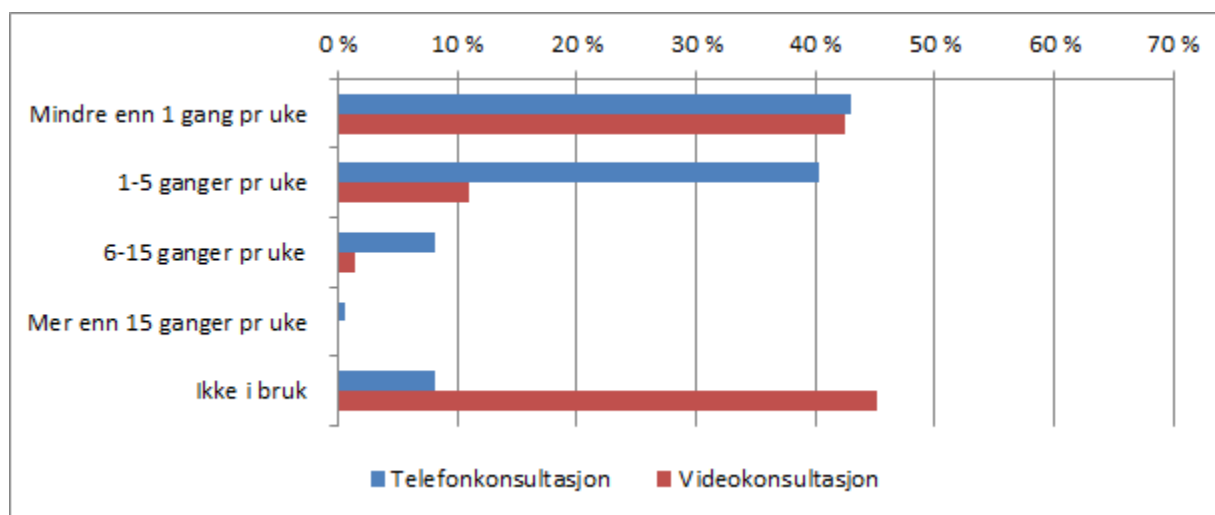
(3) Fri bruk for inntil 100 deltakere

4.0 Presentasjon av resultater

4.1 Har det vært endring i bruk av avstandsoppfølging?

For å kartlegge endringer i bruk av avstandsoppfølging ble respondentene spurt om hvor hyppig de brukte ulike metoder for avstandsoppfølging før koronapandemien og på tidspunktet da de besvarte spørreundersøkelsen. Både bruk av videokonsultasjon, telefonkonsultasjon, e-post og SMS ble kartlagt. Resultatene viser at det er størst endringer i bruk av videokonsultasjon og telefonkonsultasjon. Når det gjelder e-post og SMS viser kartleggingen at disse kontaktformene også i noe grad er i bruk, men det var relativt små endringer i bruken i den aktuelle perioden.

Nærmere 87 % (184) av respondentene svarte at de sjelden eller aldri brukte videokonsultasjon før koronapandemien inntraff, der 45 % (95 respondenter) oppga at de aldri brukte det og 42 % (89 respondenter) brukte det mindre enn en gang i uken. Til sammenligning gjorde Offernes⁵ en spørreundersøkelse i alle HAVO i Norge i 2016, der kun 0,3 % av informantene oppga at de bruker videokonsultasjon. Etter at smitteverntiltakene ble innført i mars 2020 har det vært en betydelig økning i bruk av videokonsultasjon. 56 % (123 respondenter) av respondentene svarer at de nå bruker videokonsultasjon 1-5 ganger i uken, mens det kun var 11 % (23 respondenter) som brukte videokonsultasjon såpass hyppig før koronapandemien.

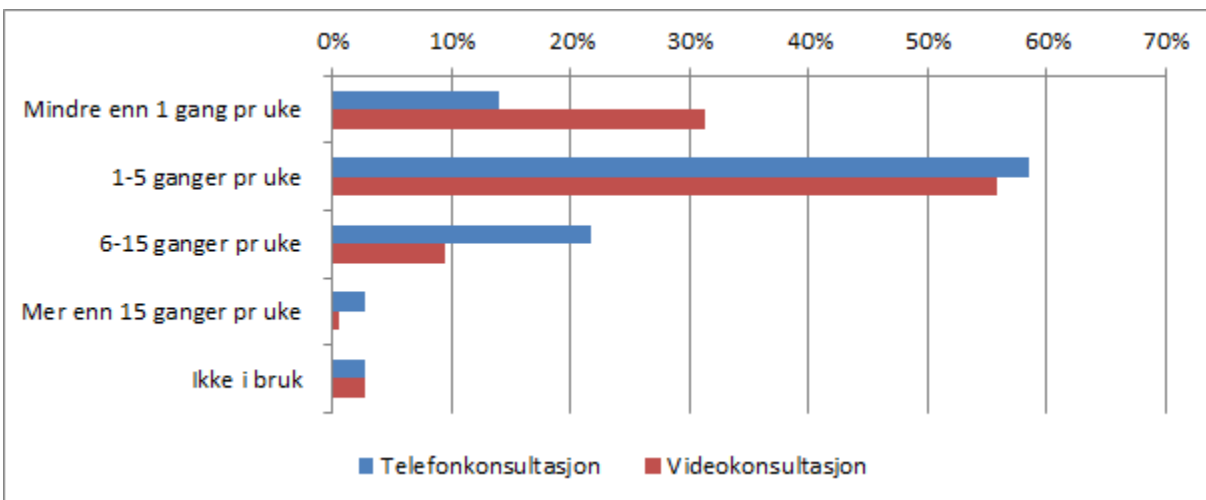


Figur 1: Hyppighet på bruk av telefon- og videokonsultasjoner før koronapandemien.

Det er også en liten økning i gruppen som svarer at de bruker videokonsultasjon 6-15 ganger i uken, nå 10 % (21 respondenter) mot før 1 % (3 respondenter). Det er kun 3 % (6 respondenter) som oppgir at de på svartidspunktet aldri bruker videokonsultasjon. Som det framgår av diagrammene under har det også

⁵ Offernes NØ m fl (2018) Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten - utfordrende oppgaver med begrensede ressurser Sluttrapport fra prosjektet «Nasjonal kartlegging av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra [Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten - utfordrende oppgaver med begrensede ressurser](#)

vært en tydelig økning i bruk av telefonkonsultasjoner i samme periode, der både gruppen som svarer at de bruker telefonkonsultasjon 1-5 ganger pr uke og 6-15 ganger pr. uke har økt.



Figur 2: Hyppighet på bruk av telefon- og videokonsultasjoner på svartidspunktet

Siden resultatene fra spørreundersøkelsen viser at den desidert største endringen har vært i bruk av videokonsultasjoner, og svarene på de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen også i stor grad handler om denne kontaktformen, har vi valgt å konsentrere oss om videokonsultasjon når vi videre presenterer og oppsummerer resultater.

4.2 Hvordan fordeler bruken av plattformer seg?

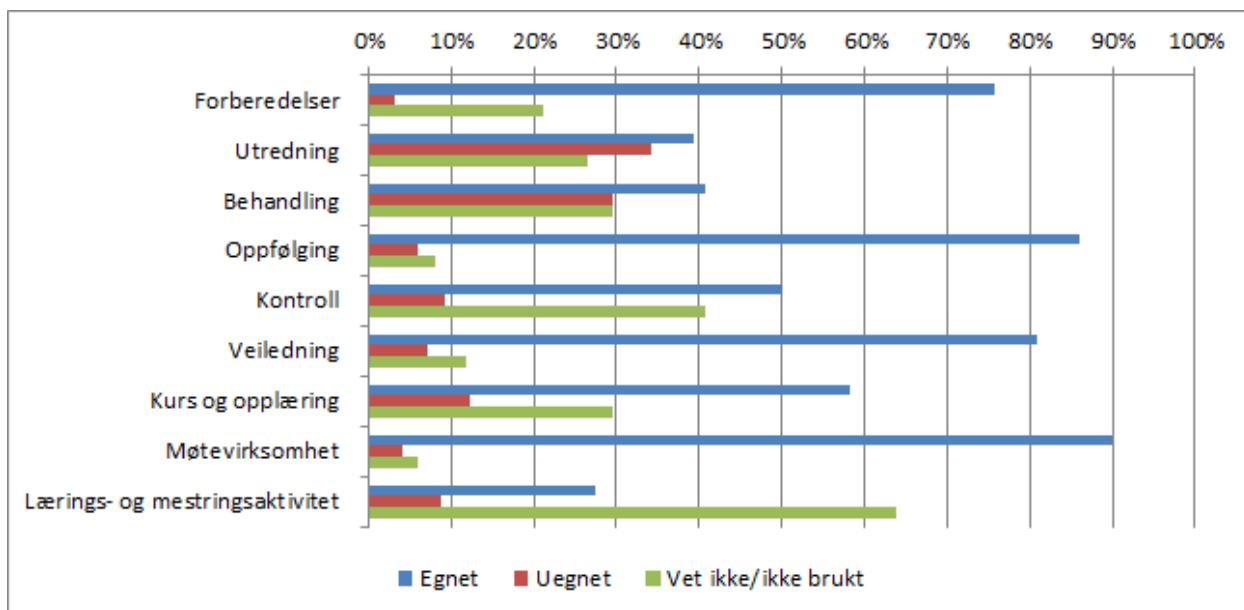
Det benyttes ulike løsninger for videokommunikasjon, både hos pasient/pårørende, i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Noen løsninger er kompatible, andre ikke. Dette kan skape hindringer og motvilje i bruken av videokommunikasjon. I tabell 4 ser vi en oversikt og fordeling i bruk av de ulike løsningene i habiliteringstjenestene i de fire regionene.

Tabell 4: Viser en oversikt over bruk av ulike plattformer (flere valg var mulig) i de ulike regionene.

Regioner \ Plattform	Skype for Business	Join	Teams	Videonor	Zoom	Google Hangouts	Confrere
Helse Sør-Øst HF	26 %	84 %	3 %		2 %		7 %
Helse Vest HF	87 %	46 %	18 %		5 %		
Helse Midt-Norge HF	100 %	9 %	54 %		9 %	6 %	
Helse Nord HF	97 %	6 %	31 %	31 %	6 %		

4.3 Til hvilke formål er videokonsultasjon egnet, og når er det ikke egnet?

Respondentene ble bedt om å vurdere om videokonsultasjon er egnet eller uegnet til en rekke ulike formål som inngår i habiliteringsarbeidet, sammenlignet med konsultasjon med fysisk oppmøte.



Figur 3: Vurdering av egnetheten av videokonsultasjon til ulike formål sammenlignet med fysisk oppmøte.

Resultatene viser at respondentene vurderer videokonsultasjon som egnet til flere type oppgaver. I følge respondentenes vurderinger, peker særlig oppgaver knyttet til forberedelser (76 %), oppfølging (86 %), veiledning (81 %) og møtevirksomhet (90 %) seg ut som oppgaver som egner seg for videokonsultasjon.

Derimot er det betydelig færre som vurderer at videokonsultasjon egner seg for oppgaver knyttet til utredning (39 %), behandling (41 %) og kontroll (50 %). Lærings- og mestringsaktivitet er det formålet hvor flest respondenter (64 %) enten ikke har erfaring med eller er usikre på om videokonsultasjon er egnet som kontakttform. Den høye verdien her kan ha sin årsak i at respondentene ikke har brukt videoteknologi i denne sammenhengen eller at oppgaver knyttet til læring og mestring ikke inngår i deres arbeid.

Det framkommer av det kvalitative datamaterialet at respondentene mener at det er mange ulike faktorer som spiller inn på om videokonsultasjon vurderes som egnet eller ikke, og det påpekes at det er nødvendig å gjøre en vurdering i hvert enkelt tilfelle. Både forhold ved pasienten selv og forhold ved oppgavene som skal utføres i konsultasjonen har betydning. Blant annet nevnes det at det kan være utfordrende for personer med nedsatt kognitiv funksjon å forholde seg til videokonsultasjon. Språkutfordringer og manglende kompetanse hos pasient og/eller pårørende nevnes også som forhold som bidrar til at videokonsultasjon ikke er egnet.

«Pasientene hos oss kan i liten grad nyttiggjøre seg videokonsultasjon, men i samarbeid med samhandlingspartnere, som personale i kommuner og andre, har det meget stor verdi.»

Når det gjelder oppgavene som skal utføres i konsultasjonen, kommenterer en del respondenter at deres arbeidsoppgaver krever at pasienten er fysisk tilstede, for eksempel fordi de skal utføre fysiske undersøkelser av pasienten, eller de skal gjennomføre utredning med materiell som krever at testadministrator og pasient er i samme rom.

Flere av respondentene formidler at de ikke opplever det hensiktsmessig å ha den første kontakten med pasienten, pårørende eller samarbeidspartnere som videokonsultasjon. Det begrunnes blant annet med at det å møtes fysisk har en verdi med tanke på å etablere en relasjon som grunnlag for videre kontakt. Når partene har blitt kjent med hverandre kan videokonsultasjon være en egnet kontaktform i det videre forløpet.

«Den første kartleggingen er best å gjøre ved fysisk oppmøte. En oppretter kontakt, tillit og lager en plan for videre oppfølging. Senere samarbeidsmøter, veiledninger og lignende kan følges opp gjennom videokonsultasjoner.»

Respondentene påpeker at sakens kompleksitet også er en faktor som må inngå i vurderingen av om videokonsultasjon er aktuelt. Dreier det seg om komplekse problemstillinger, vurderes det som bedre å møtes fysisk, mens i saker som omhandler mer avgrensede problemstillinger, kan videokonsultasjon være greit. Etter at kartlegging har bidratt til å avklare og tydeliggjøre problemstillinger og man har kommet fram til aktuelle tiltak, kan videokonsultasjon være egnet.

Kompetanse hos ansatte rundt pasienten er også et forhold som nevnes av betydning for om videokonsultasjon er hensiktsmessig kontaktform for eksempel til veiledningsformål.

«Det er vanskelig med veiledning over video hvis det er uerfarne fagfolk, men det fungerer kjempefint med erfarne fagfolk.»

Videokonsultasjon kan også ha en funksjon for å avdekke behov for at aktuelle problemstillinger undersøkes nærmere i en senere konsultasjon med fysisk oppmøte.

«Hvis det i løpet av videokonsultasjoner fremkommer opplysninger som tyder på at pasienten likevel bør undersøkes, kan vi avtale en poliklinisk konsultasjon eller et besøk.»

I det kvalitative datamaterialet beskrives det også eksempler på situasjoner der videokonsultasjon er mer egnet enn fysisk oppmøte, blant annet fordi det muliggjør at flere kan delta på møter og veiledninger. Noen ganger kan fysisk tilstedeværelse virke forstyrrende på pasienten, og antall ansatte til stede må derfor begrenses. Da kan videokonsultasjon være nyttig.

«Videokonsultasjon kan fungere bedre enn direkte observasjon fordi man ikke forstyrrer på samme måte, for eksempel ved utredning av betjening med øyestyring.»

4.4 Hvilke forutsetninger må være på plass for at videokonsultasjoner skal fungere?

For å kunne gjennomføre videokonsultasjoner er det helt nødvendig at en del betingelser som utstyr, båndbredde og egnede lokaler er på plass.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at hele 95 % (212) av respondentene har tilgang til PC med kamera. Samtidig kan svarene på de åpne spørsmålene tyde på at en del ansatte opplever at tilgangen til utstyr ikke er god nok, blant annet fordi utstyr og digitale møterom må deles med flere og at man dermed må reservere tid for bruk. Det kan gå på bekostning av fleksibilitet og oppleves tungvint i en travel klinisk hverdag.

Flere respondenter poengterer viktigheten av at utstyret er enkelt å bruke og at det faktisk fungerer. Samtidig er mange opptatt av at support må være lett tilgjengelig, slik at de raskt og lett får hjelp når de står fast og ikke klarer å løse eventuelle problemer med utstyret på egenhånd. Det kan være nyttig å se ønsker om enkelt brukergrensesnitt og tilgang til support i sammenheng med nødvendigheten av god opplæring, som bidrar til at ansatte har tilstrekkelig kompetanse på å anvende utstyret, gjøre enkel feilsøking og til å håndtere de vanligste problemer som kan oppstå.

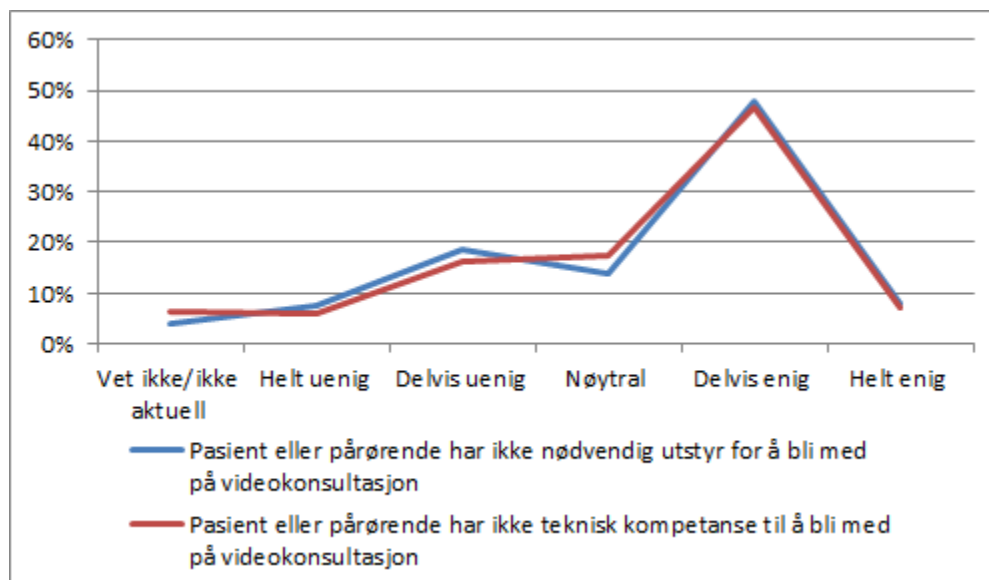
87 % (193) av respondentene svarer at de har tilfredsstillende nettilgang/båndbredde for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner. Likevel er tilstrekkelig båndbredde et tema som hyppig bringes opp i det kvalitative datamaterialet som en nødvendig forutsetning for at videokonsultasjoner skal fungere hensiktsmessig. Det poengteres at det hjelper lite å ha god båndbredde i habiliteringstjenestens lokaler, dersom pasienten eller samarbeidspartnere ikke har det der de befinner seg. Hakkete lyd og bilde som flimrer nevnes som kilde til frustrasjon og hindring for at videokonsultasjon skal fungere.

«Hvis lyd og/eller bilde er dårlig, faller gevinsten med videokonsultasjonen bort».

78 % (173) av respondentene svarer at de har tilgang til kontor plass som er egnet for videokonsultasjon. Likevel kan det kvalitative datamaterialet tyde på at det samme forholdet gjelder her som med tilgang til utstyr; å ha tilgang betyr ikke nødvendigvis god nok tilgang. Flere respondenter nevner manglende tilgang til egnede lokaler som en hindring for at videokonsultasjon skal fungere. Mange ansatte sitter i kontorlandskap, noe som oppleves som uegnede omgivelser for å praktisere denne kontaktformen. De må derfor forflytte seg til mer egnede lokaler, noe det kan være knapphet på. Utfordringer knyttet til å ivareta personvernet blir også nevnt i forbindelse med egnede lokaler. Det påpekes som et problem at møterom og konsultasjonsrom ikke er godt nok lydisolert med tanke på å gjennomføre videokonsultasjoner og møter der lyd fra høytalere trenger ut i gangen eller tilstøtende rom. Bruk av hodetelefoner med mikrofon er noe som til en viss grad kan avhjelpe dette problemet, og nesten to tredjedeler av respondentene svarer at de har tilgang på slikt utstyr. Men ved møter der noen deltar digitalt og noen er fysisk i møterommet, er bruk av hodetelefoner ikke aktuelt.

For at videokonsultasjoner skal la seg gjennomføre er det en forutsetning at pasient og/eller pårørende har nødvendig utstyr og teknisk kompetanse til å delta. Nærmere 56 % (124) av respondentene i undersøkelsen svarer at de er helt eller delvis enige i at pasient eller pårørende ikke har nødvendig utstyr, mens 54 % (119 respondenter) er helt eller delvis enige i at den tekniske kompetansen hos

pasient eller pårørende ikke er på plass. Dersom dette er tilfelle, er disse forholdene til hinder for at videokonsultasjon skal fungere som kontaktform. I og med det her dreier seg om andrehånds rapportering, kan det tenkes at resultatene hadde sett annerledes ut dersom pasient og pårørende selv hadde svart på spørsmålene om de har nødvendig utstyr og teknisk kompetanse.



Figur 4: Grad av enighet i om pasient eller pårørende har nødvendig utstyr og teknisk kompetanse til å delta i videokonsultasjon.

61 % av respondentene svarer at de er helt eller delvis enige i at deres samarbeidspartnere bruker digitale plattformer som de selv ikke har tilgang til. Manglende felles plattformer for samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og at ansatte i spesialisthelsetjenesten opplever å ikke ha tilgang til samhandlingsverktøyene som benyttes i kommunene, er også tema som går igjen i det kvalitative materialet. Dette beskrives som en kilde til frustrasjon og som en betydelig hindring for samarbeid.

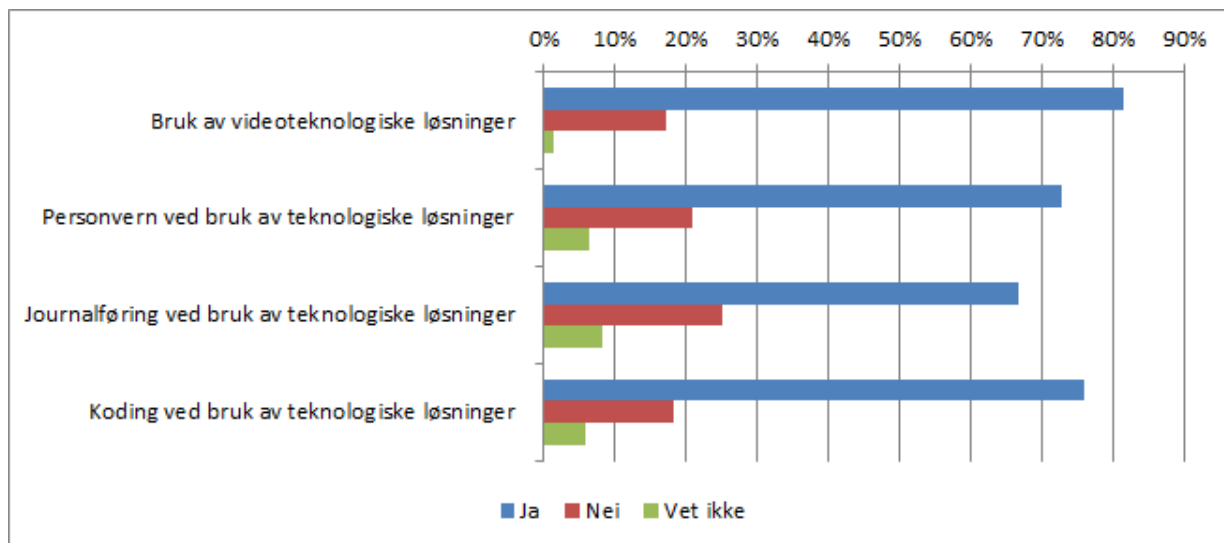
4.5 Er kompetansen på plass hos ansatte ved HABU og HAVO?

Opplæring og god kompetanse er en forutsetning for å kunne ta ut potensialet som ligger i videokonsultasjoner. Helsepersonell må ha tilstrekkelig kompetanse til å selv kunne bruke digitale plattformer, ivareta personvern og dokumentere konsultasjoner og møter ved journalføring og koding.

81 % (180 respondenter) svarer at de har fått opplæring i teknologiske løsninger. 73 % (160 respondenter) svarer at de har fått opplæring i personvern, 67 % (146 respondenter) i journalføring og 76 % (166 respondenter) i koding (se figur 5). Viktigheten av opplæring kommer fram i de kvalitative svarene når respondentene blir spurt om de viktigste forutsetningene for at videokonsultasjoner skal fungere hensiktsmessig framover. Ikke bare nevnes egen opplæring og kompetanse. Enkelte påpeker også at ansatte bør ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne veilede brukere, pårørende og samarbeidspartnere dersom de har problemer med å anvende sitt utstyr. Noen tar også til orde for at helseforetakene må tilby support til brukere og pårørende, når helseforetakene benytter videokonsultasjoner som kontaktform i pasientarbeidet.

«Like god kompetanse og tilgang på utstyr og plattformer hos samarbeidspartnere, som hos OSS.»

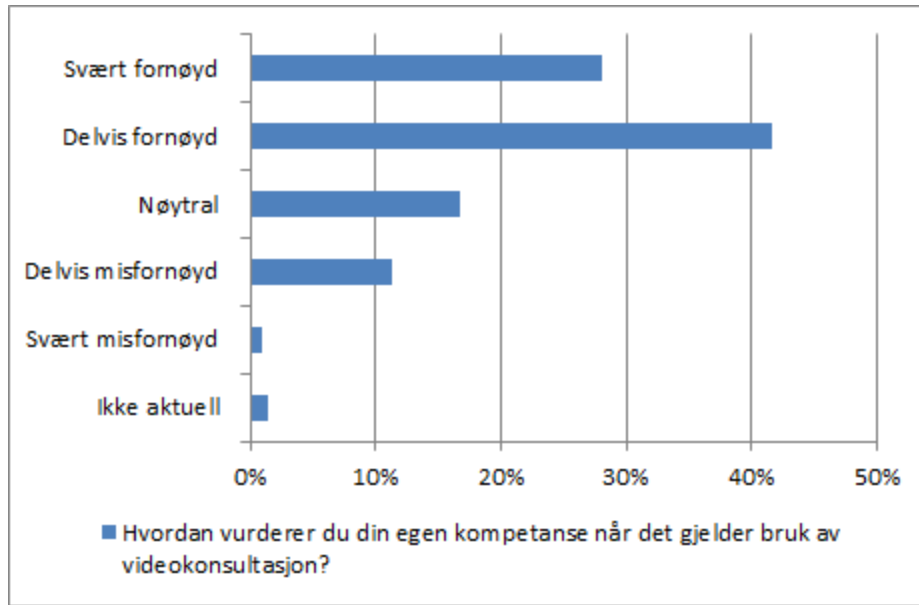
«At vi som helsepersonell vet steg for steg hvordan pasient/pårørende må gjøre det for å koble seg opp. Dette kan gjøres ved at vi sender en invitasjon til vår private e-post og tester.»



Figur 5: Opplæring knyttet til bruk av teknologiske løsninger.

Figur 6 viser at nærmere 70 % svarer at de er delvis eller svært fornøyd med egen kompetanse i bruk av videokonsultasjoner i dag. Dette bildet stemmer med det respondentene har rapportert i forhold til opplæring (figur 5). Samtidig er det også en del av respondentene som svarer at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring og som svarer at de er delvis eller svært misfornøyd med egen kompetanse. Hvorvidt det er de samme respondentene som har svart dette vet vi ikke, men vi ser at svarene som kommer fram i figur 5 og 6 følger hverandre. På de åpne spørsmålene er det mange som svarer at opplæring og god kompetanse er en forutsetning for å kunne utføre videokonsultasjoner. Mange trekker også fram betydningen av å øve og bli trygg på det tekniske utstyret.

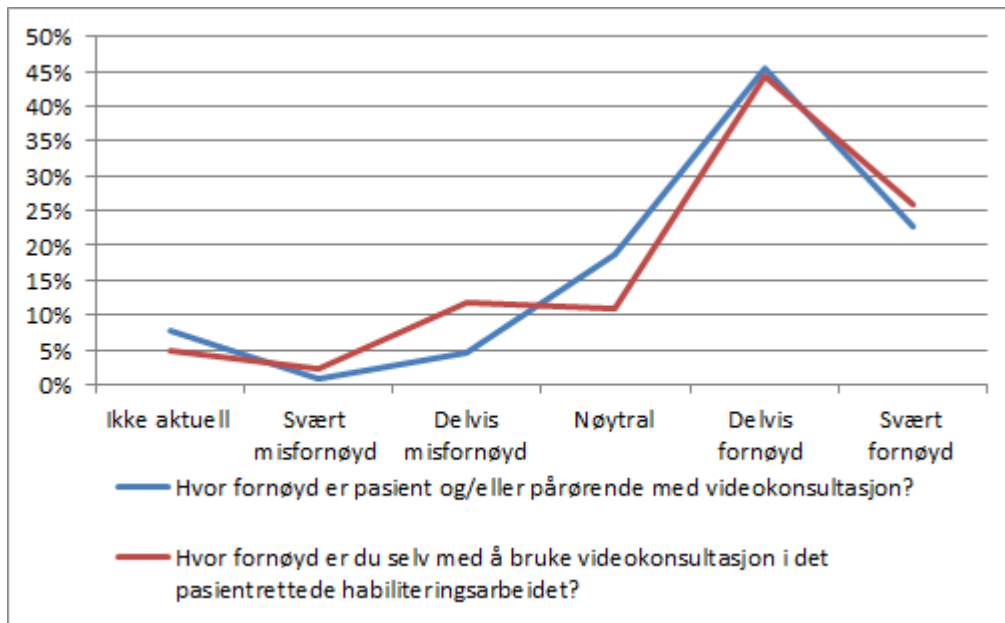
Viktigheten av god opplæring, mulighet for å øve og bli trygg på det tekniske, kunne inneha kunnskap nok til å hjelpe pasienter og samarbeidspartnere og være trygg på at personvern, journalføring og koding blir ivaretatt må nå ut til alle som skal bruke videokonsultasjoner framover, og vil være avgjørende for å lykkes med gjennomføring av konsultasjoner og møter via video.



Figur 6: Ansattes vurdering av egen kompetanse i bruk av videokonsultasjon

4.6 Er brukermedvirkning og samvalg utfordret?

På spørsmål om ansattes oppfatning av pasienttilfredshet ved videokonsultasjon, mener rundt 45 % av respondentene at de har god kontakt med pasientene, og bare 8 % mener pasient og pårørende er misfornøyd med bruk av dette. Figur 7 viser at ansattes vurdering av fornøydhets hos seg selv og pasientene følges ganske tett. Igjen er det viktig å påpeke at dersom pasientene hadde blitt spurt direkte, kunne resultatet vært annerledes.



Figur 7: Ansattes vurdering av egen og pasientenes fornøydhets med bruk av videokonsultasjoner.

Noen forbehold og utfordringer kommer fram i de kvalitative dataene:

«Det fungerer etter forholdene bra, men det er viktig med god forhåndsinformasjon om konsultasjonsformen til pasienten, pårørende og bistandspersoner.»

«Det er vanskelig å vurdere hvor fornøyd pårørende og/eller pasient er, da dette er avhengig av deres tekniske ferdigheter/erfaring med møte teknologi. Noen er strålende fornøyd fordi det er effektivt, og andre mestrer ikke oppkobling.»

«Oftest er det bare en som snakker (sjefen i teamet, lederen av ansvarsgruppe eller meg som fagperson) og det stilles mindre spørsmål, både i møte med teamet og i samtale med eksterne/pårørende.»

Nye måter å yte tjenester på må samstemmes med brukers ønsker og behov. Dette gjelder også samvalg, hvor pasienter sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best. Brukermedvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Retten gjelder også barn, etter vurdering av alder og modenhet. Ved manglende samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.⁶

«Hvis vi skal fortsette med det etter smittevernsrestriksjonene lettes på, er det viktig at pasienter og pårørende fremdeles får velge om de ønsker personlig oppmøte eller video. En del utredning og konsultasjoner må gjøres ved fysisk oppmøte.»

En forutsetning for avstandsoppfølging må være at pasient og/eller pårørendes valgmuligheter og samvalg ivaretas i tråd med lovverk. Behov for ekstra tilrettelegging knyttet til konsultasjoner og tilgang til utstyr må fortsatt kunne være avgjørende for valg av kontaktform i konsultasjoner.

4.7 Hvordan påvirkes kommunikasjon ved avstandsoppfølging?

Respondentene uttrykker at video som kontaktform har konsekvenser for kommunikasjonen, blant annet nevnes det at kroppsspråk og gester ikke like lett fanges opp på skjerm og at det kan være utfordrende å få til dialog. Kommentarene respondentene knytter til dette gjelder både kommunikasjon mellom ansatte og pasient/pårørende, men også kommunikasjon fagpersoner i mellom.

«Ulempen med videokonsultasjon er at det svekker gjensidigheten i kommunikasjonen. Jeg opplever at kommunikasjonen flyter lettere og at man både selv får mer informasjon og får gitt mer informasjon ved fysisk oppmøte.»

«Stor sårbarhet i avstandsoppfølging via teknikk fordi en går glipp av mye informasjon som ikke nødvendigvis formidles via ord.»

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

«Veiledningen blir preget mer av rådgivning enn veiledning. En mangler en dimensjon som blant annet tolkning av kroppsspråk. En slik måte å veilede på gir mindre mulighet for relasjonsbygging både med personalgrupper, pasient og pårørende.»

Pasienter i habiliteringstjenestens målgruppe kan i varierende grad ha forståelsesvansker og utfordringer med å formulere og uttrykke egne meninger. Dette er forhold som kan bidra til å komplisere kommunikasjonen på video ytterligere. Respondentene er opptatt av at det tas hensyn til og legges til rette for ulike uttrykksformer. Kroppsspråk, blick og gester er viktig i all mellommenneskelig kommunikasjon, men når tolkning av nonverbale signaler spiller en enda større rolle enn vanlig, kan videokonsultasjon være vanskelig eller uegnet som kontaktform. Respondentene påpeker også at det noen ganger er nødvendig å etablere en relasjon og kjennskap til pasienten, for i det hele tatt å forstå hva som kommuniseres.

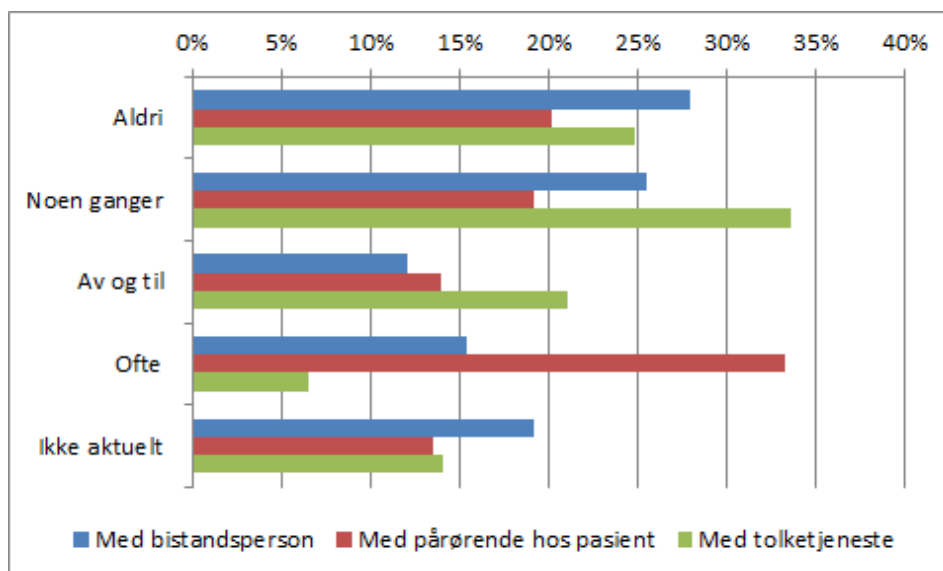
«I møte med en pasient som har en utviklingshemming, bør en treffes fysisk de første gangene, slik at en blir kjent med personens uttrykksmåter og kommunikasjon.»

«Relasjonsbygging, observasjoner i miljøet, veiledning på kropp og funksjon fungerer best ved fysisk oppmøte.»

«Det må gjøres en vurdering på forhånd om problemstillingen egner seg, f. eks. i hvilken grad pasienten selv kan følge en samtale og i hvilken grad det er behov for "hands on" undersøkelse. Det er viktig å ikke ekskludere pasienten/barnet selv, og ikke bare snakke med foresatte. Barn har rett til å treffe sin behandler, rett til å bli hørt og rett til informasjon.»

Hvorvidt videokonsultasjoner kan ivareta pasientens behov for å uttrykke seg med gester, alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), hjelpemidler eller kroppsspråk er ikke tilstrekkelig utforsket.

Figur 8 viser at det ikke er uvanlig at pårørende, bistandsperson eller tolk deltar som formidler av pasientens ønsker og behov.



Figur 8: Assistert dialog i avstandsoppfølging.

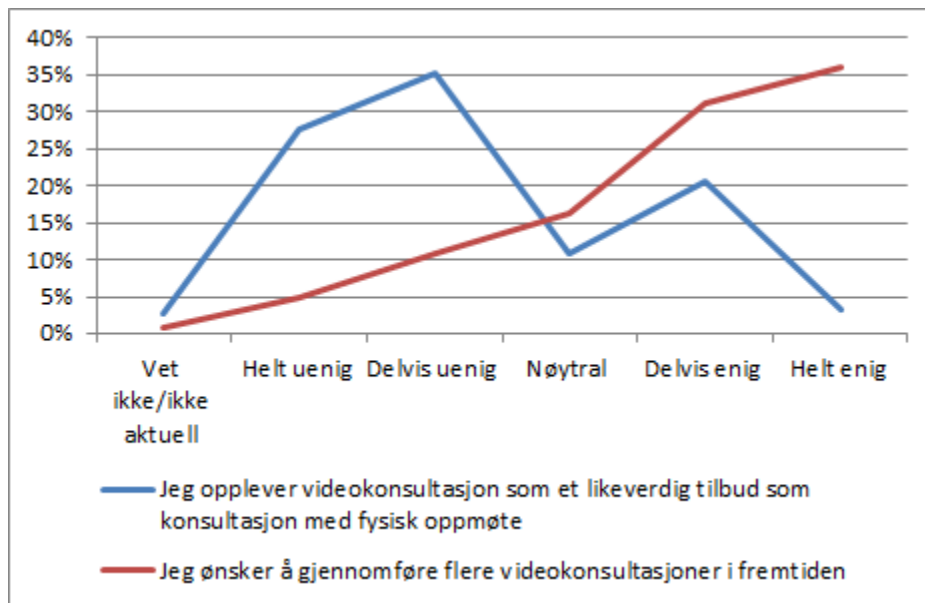
En del av habiliteringstjenestens pasienter har minoritetsbakgrunn, og det er behov for bruk av tolk i konsultasjoner og møter. Flere av respondentene kommenterer at bruk av tolk er vanskelig i videokonsultasjoner:

«Synes det er store utfordringer i forhold til tolketjeneste når man må bruke video- og telefonkonsultasjon.»

Hvordan dette kan løses på en bedre måte er noe som må utforskes videre.

4.8 Hvilke holdninger har ansatte til videokonsultasjoner?

Respondentene er positive til å gjennomføre flere videokonsultasjoner i framtiden. Samtidig svarer hele 60 % at de er delvis eller helt uenig i at videokonsultasjon kan sees på som et likeverdig tilbud som fysiske møter.



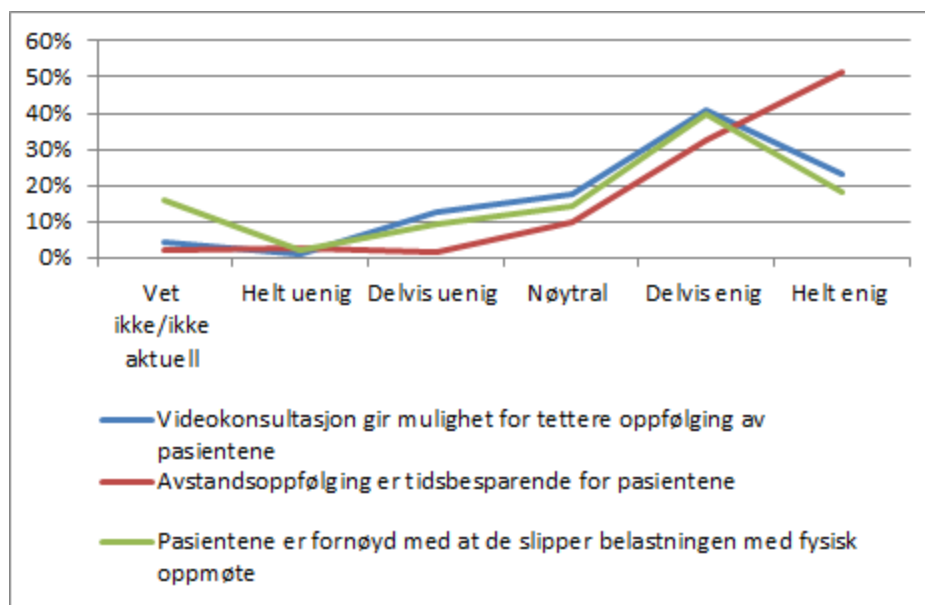
Figur 9: Holdninger til videokonsultasjon.

I det kvalitative materialet kommer det fram utsagn som kan forklare hvorfor mange gir uttrykk for et «både og»:

«Hvis pasienten har lang reise, og mange konsultasjoner, kan en ta en telefon til pårørende og avklare om det er tilstrekkelig med en telefon. Dersom noe under samtalen skulle tilsi at barnet likevel burde ses, kan det i etterkant settes opp en poliklinisk avtale.»

«Pasientoppfølging bør kunne kombineres med ambulant tjeneste, for å kunne yte god nok veiledning. Det er nødvendig å en gang i blant se miljøfaktorene, for å kunne gi nødvendig bistand med veiledningen.»

Det kan være fordeler for pasientene med videokonsultasjoner, og majoriteten av informantene mener dette er tidsbesparende for den enkelte. Det kan også forstås som en fordel at pasientene slipper belastningen med fysisk oppmøte. Videre ser informantene for seg at videokonsultasjon kan gi muligheter for tettere oppfølging.



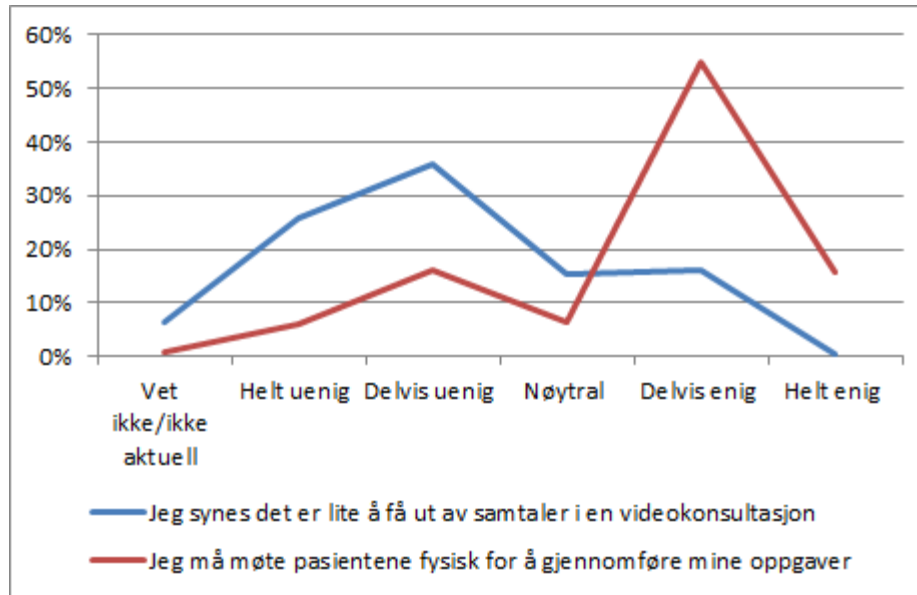
Figur 10: Fordeler for pasientene ved avstandsoppfølging vurdert av ansatte.

Flere beskriver imidlertid noen forutsetninger som må være til stede for å optimalisere nytten, og det er også situasjoner hvor en ikke mener det er relevant eller mulig å utføre oppgavene uten fysisk samhandling.

«Ikke bytte ut menneskelige fysiske møter med telefon/videomøter, men super effektivt og like bra i noen tilfeller – ressursparende»

«Avstandsoppfølging kan ha sine formål der relasjoner er etablert og det dreier seg om korte og konkrete tiltak som ikke krever fysisk tilstedeværelse av aktuell behandler på det aktuelle tidspunkt, men det må avgjøres mellom behandler og den som mottar behandlingen når slik kontaktform er egnet eller ei.»

Over 55 % av respondentene er delvis enige i at det er viktig å møte pasienten fysisk for å kunne gjennomføre oppgavene sine. Dette kan forstås som at noen oppgaver bare kan løses sammen med pasienten, eller at en kan ha behov for å bygge relasjoner, eller sette seg inn i hvordan pasientenes nærmiljø er. Videre viser resultatene at det er en stor gruppe som sier seg delvis uenige i at det er lite å få ut av samtaler i en videokonsultasjon, samlet kan en forstå dette som et «både og» slik figur 9 viser.



Figur 11: Utfordringer med videokonsultasjoner sett fra ansattes side.

Sitatene fra det kvalitative datamaterialet som gjengis under peker på utfordringer som også er av betydning. Det er særlig viktig å merke seg at det kan være situasjoner hvor den informasjonen som skal utveksles er sterkt følelsesladet. Flere av respondentene kommenterte at i slike situasjoner bør en unngå videokonsultasjon hvis det er mulig, da det kan oppleves vanskelig både for pasient, pårørende og behandler å ikke være i samme rom.

«Første konsultasjon uten å ha møtt foresatte eller pasienten er ikke å foretrekke, fordi hvis det kommer opp såre temaer er det ikke greit å sitte på skjerm»

«Vanskelig å ivareta pasienten dersom en berører vanskelige tema, og pasienten under samtale får det vanskelig. Da er det ikke godt å være i et annet rom»

«HAVO arbeider svært ofte gjennom omsorgs/miljøpersonalet. Skal en ha en samtale direkte med pasienter som har en utviklingshemming, bør en derimot treffes fysisk de første gangene. Dette for å kunne observere atferd, kommunikasjon og samhandling med andre. Dette kan ikke gjøres via en videokonsultasjon, derfor vanskelig å vite hva pasient eller pårørende oppfatter i denne undersøkelsen (da må de spørres direkte).»

Undersøkelsen avslører ikke en utbredt negativ holdning til avstandsoppfølging, men peker på flere bekymringer som det er viktig å løfte fram og finne løsninger på.

5.0 Oppsummering

Det overordnede formålet med denne spørreundersøkelsen har vært å få en oversikt over bruk av avstandsoppfølging både før og under koronapandemien ved habiliteringstjenestene for barn og ungdom (HABU) og habiliteringstjenestene for voksne (HAVO) i Norge.

Føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023⁷ om at spesialisthelsetjenesten skal utnytte mulighetene teknologien gir, åpner opp for å arbeide målrettet mot en endring i tjenestetilbudet. Helsedirektoratet anbefaler i Nasjonal veileder i rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator⁸ at telemedisinske løsninger bør videreutvikles og tas i bruk der dette er mulig og hensiktsmessig.

Det er kjent at det er stor variasjon i bruk av videokonsultasjoner mellom landets habiliteringstjenester. Enkelte tjenester var allerede godt i gang med å benytte ulike digitale løsninger da koronapandemien rammet, og har etter dette sett muligheter for å ta i bruk teknologien i nye sammenhenger. Andre habiliteringstjenester hadde ingen eller liten erfaring med videokonsultasjoner, og fagpersoner har i den aktuelle perioden gjort seg erfaringer med en helt ny form for praksis. Uansett omfang av erfaring med avstandsoppfølging, viser spørreundersøkelsen at det har vært en betydelig økning i bruk av avstandsoppfølging etter at smitteverntiltakene ble innført og størst økning er det i bruk av videokonsultasjoner. Flere respondenter beskriver gode erfaringer med bruk av videokonsultasjoner i habiliteringsarbeidet under koronapandemien og majoriteten av respondentene er positive til å kunne utføre flere videokonsultasjoner i framtiden. Hvorvidt dette vil fortsette etter at pandemien er over, gjenstår å se.

For å kunne gjennomføre videokonsultasjoner er det helt nødvendig med god nok tilgang til utstyr og egnede lokaler. De fleste av respondentene har tilgang til utstyr, egnede lokaler og tilstrekkelig båndbredde på eget kontor. For dårlig båndbredde, enten på egen arbeidsplass, hos pasient eller samarbeidspartnere nevnes som en hindring for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner. Likedan nevnes manglende tilgang til samme plattformer for videokommunikasjon som samarbeidspartnere bruker, som en kilde til frustrasjon.

Tilstrekkelig kompetanse på bruk av digitale plattformer, og hvordan personvern og journaldokumentasjon ivaretas ved videokonsultasjoner, er viktig og en forutsetning for å jobbe forsvarlig. Det er derfor positivt at undersøkelsen viser at majoriteten av respondentene er delvis eller svært fornøyd med egen kompetanse når det gjelder bruk av videokonsultasjoner. Både når det gjelder tilstrekkelig tilgang til utstyr, lokaler og samarbeidsplattformer samt god nok kompetanse, har ledere et særlig ansvar for å legge til rette og eventuelt melde udekkede behov oppover i systemet.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Nasjonal helse og sykehusplan 2020 - 2023. Hentet fra [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-sykehusplan-2020-2023)

⁸ Helsedirektoratet (2015) Nasjonal veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra [Særlig om tjenester til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten](https://www.helsedirektoratet.no/veileder-om-tjenester-til-barn-unge-og-voksne-med-habiliteringsbehov-i-spesialisthelsetjenesten)

Avstandsoppfølging kan bidra til mer effektiv bruk av ressurser for fagpersoner, pasient og pårørende. Eksempler kan være besparelse av tid, transport og organisering. Samtidig økes tilgjengeligheten for flere til å delta i samarbeidsmøter og faglig veiledning. I følge respondentenes vurderinger, peker særlig oppgaver knyttet til forberedelser, oppfølging, veiledning og møtevirksomhet seg ut som egnet for videokonsultasjon.

På den andre siden har avstandsoppfølging sine begrensninger. I følge respondentene er det flere situasjoner hvor fysiske møter mellom pasient og fagpersoner, enten i form av polikliniske konsultasjoner eller ved ambulant virksomhet, er en forutsetning for å gi forsvarlig helsehjelp. Habiliteringstjenestene har lang erfaring med ambulante tjenester og å treffe pasientene der de lever sitt daglige liv.⁹ Respondentene påpeker betydningen av å få innsikt i pasientens omgivelser og miljøbetingelser, som bakgrunn for god oppfølging. Det kan være vanskelig å erstatte dette med avstandsoppfølging. Respondentene vurderer også videokonsultasjon som mindre egnet ved utredning, behandling og kontroll, og heller ikke når det dreier seg om sammensatte og utfordrende problemstillinger, ved emosjonelt ladede tema eller ved et første møte mellom pasient og fagperson.

Over halvparten av respondentene i undersøkelsen svarer at de er helt eller delvis enige i at pasient eller pårørende ikke har nødvendig utstyr, og like mange er helt eller delvis enige i at den tekniske kompetansen hos pasient eller pårørende ikke er tilstrekkelig. Dersom dette er tilfelle, representerer det et hinder for at videokonsultasjon skal fungere som kontaktform. Videre utvikling av digitale tjenester fordrer at pasienter og pårørende er med i prosessen. Selv om vi er kommet langt med digitalisering i Norge, er kommunikasjon og konsultasjon via PC og internett nytt for mange. Kompetanse Norge finner i sine undersøkelser at forskjeller i det digitale ferdighetsnivået har en sammenheng med hva slags hovedaktivitet man har. Undersøkelsen rangerer personer som er i utdanning som de sterkeste brukere, mens pensjonister og andre som av ulike grunner er utenfor arbeidslivet, rangeres som svake brukere.¹⁰ I habiliteringstjenestens målgrupper er det mange som ikke deltar i arbeidslivet. Det er helsepersonell sitt ansvar å sørge for at pasientene kan delta og bidra i egen habiliteringsprosess.¹¹

Kommunikasjonen påvirkes av kontaktform. Når samhandling flyttes til video har det konsekvenser for gjensidigheten og flyten i samtalen, og nonverbale signaler fanges ikke like lett opp påpeker respondentene. Da en del av pasientene har forståelsesvansker og utfordringer med å formulere og uttrykke egne meninger, er det å kunne fortolke både kroppsspråk og svake språklige ferdigheter et vesentlig element i pasientkontakten. Dette er forhold som kan bidra til at det er utfordrende å benytte video som kontaktform. Det er forholdsvis vanlig at pårørende, nærpersoner eller tolk også deltar med eller uten pasienten i konsultasjoner ved HABU og HAVO. Når det gjelder bruk av tolk for

⁹Helsedirektoratet (2015) Nasjonal veileder i rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

¹⁰ Kompetanse Norge (2019) Grunnleggende digitale ferdigheter i befolkningen. [Kompetanse Norge: Forside](#)

¹¹ Helse Norge (2020) Samvalg. Du kan være med og bestemme. [Samvalg – du kan være med og bestemme](#)

fremmedspråklige og tegnspråktolk viser det seg også at dette kan by på teknologiske utfordringer. Det må være et mål å forbedre pasienters muligheter til å delta uavhengig av kommunikasjonsmåter.

Nye måter å yte tjenester på må samstemmes med pasientens rett til medvirkning i utforming både av undersøkelser og tjenester. Formen på medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Retten gjelder også barn, etter vurdering av alder og modenhet. Ved manglende samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.¹² Dette presiseres også i retningslinjer fra Direktoratet for e-helse.¹³ En forutsetning må være at pasientens valgmuligheter og samvalg ivaretas i tråd med lovverk. Behov for ekstra tilrettelegging knyttet til konsultasjoner og tilgang til utstyr må fortsatt kunne være avgjørende for valg av samhandlingsform.

På bakgrunn av de erfaringer som er gjort er det svært viktig å evaluere og vurdere videre bruk av avstandsoppfølging der dette finnes nyttig. Respondentene er positive til å kunne utføre flere videokonsultasjoner i fremtiden, men er samtidig tydelige i sine tilbakemeldinger på at dette i mange tilfeller ikke er et likeverdig tilbud som fysisk oppmøte.

Endring av arbeidsmåter er krevende, og det er nødvendig at ledere i habiliteringstjenestene legger til rette for god implementering med organisering, opplæring og utforskning av holdninger og kultur for digitale helsetjenester. Avstandsoppfølging skal ikke være en nødløsning når fysiske møter er vanskelig å gjennomføre, men en del av habiliteringstjenestenes tilbud.

Informantene i denne spørreundersøkelsen er ansatte i habiliteringstjenestene. Det hadde vært både nyttig og interessant å gjøre en tilsvarende undersøkelse blant pasienter og pårørende for å få fram deres erfaringer med videokonsultasjoner i habilitering.

¹² Lov om pasient- og brukerrettigheter [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)

¹³ Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/aktuelt/korona-informasjon-til-pasient-ved-bruk-av-videokonsultasjon-med-helsepersonell>