

DIGITALE LEGETIMER SKYTER FART, MEN ER DET RIKTIG BEHANDLING? ARENDALSUKA 2018

VIDEO TRANSCRIPT

ANDREAS:

Hallo. Kjære alle sammen, velkommen til denne diskusjonen. Om bare en time, vi skal snakke litt om e-konsultasjoner, digitale legetimer. I Accenture har vi skrevet en rapport i fjor, som viser at det er en besparingsmulighet for samfunnet på 23 milliarder frem mot 2025, deriblant er e-konsultasjonen en viktig spiller. I dag skal vi ha en tredelt seanse, vi får først en presentasjon av hovedfunnene i den rapporten vi har skrevet om e-konsultasjon, digitale legetimer nylig, ta gjerne med dere en rapport ut. Så går vi inn i paneldebatt nummer 1, vi får høre fra to fastleger med et litt ulikt syn på den digitale legekonsultasjonen. Så har vi en paneldebatt nummer 2, hvor vi får høre fra Høyre, Arbeiderpartiet, Direktorat for e-helse og Norway Health Tech, hvordan ser de på denne nye plattformen, dette landskapet, hvordan skal dette utvikles framover? Jeg gleder meg veldig til dagens sesjon, og vi starter med Roger Østvold, som er leder i den nordiske strategidelen av Accenture sin helsesatsing. Han skal få lov å legge frem hovedfunnet i rapporten vi nettopp har ferdigstilt. Så Roger, jeg ønsker det velkommen til scenen og gi oss siste nytt.

ROGER:

Ja. Takk. Nå hører dere meg kanskje? Takk. Roger Østvold, som sagt, leder

teknologistrategiområdet i Accenture i Norden. Jeg har jobbet både i privat og offentlig sektor oppgjennom årene, og det siste året har jeg brukt veldig mye av tiden min i Stockholm og helsesektoren der, og også sett fremveksten av e-konsultasjon og hva som skjer i andre land. Som Andreas sa, så gjorde vi en rapport i fjor, hvor vi sammen med World Economic Forum gjorde en studie for å se på hva kan gevinstpotensialet være for Norge ved bruk av de nye digitale teknologiene? Det er ganske bredt omfang på den, så vi valgte å se på noen av de store statlige etatene, og vi valgte ut tre områder innenfor helsesektoren, og så på gevinstpotensialene, og det er store tall vi snakker om. Det er klart det blir litt spekulativt hva tallene er, men jeg tenker det er størrelsesorden som betyr noe. Her er det mye penger, og det er ikke bare pengene, men også tjenestene vi kan levere til innbyggerne i landet, forventningene vi har som innbyggere i Norge. Vi lever med disse nye teknologiene, altså Norge er et av de landene i verden som er mest digitale hvis du ser på internasjonale rapporter. Alle medlemskap, alle idrettslag, bank, forsikring, hva du enn gjør, så er det som regel på en mobil, på PC-en din eller på nettbrettet ditt. Så vi forventer å ha tjenestene ganske tilgjengelige der vi er, når vi vil. Så det vi tenkte nå, i år har vi valgt å se litt på: «Ok, det har gått et år. Hvor langt har vi kommet?» Og det å ta hele det brede spekteret som vi så på i fjor, gir kanskje ikke helt mening, så vi valgte å dykke

ned i den ene, som heter e-konsultasjoner, for å se på hva har skjedd på det året. For vi sa: «Fram til 2025, så er det et akkumulert gevinstpotensial på 23 milliarder kroner i samfunnsnytte.» Det er mye penger, akkumulert. Der forutsatte vi at 40 prosent av dagens 14,4 millioner konsultasjoner i førstelinjetjenesten kunne gjøres digitalt. Det er en forutsetning at er tallet noe annet, så blir det noe annet, men det er det vi sier. Og det er en akkumulering oppover der, med utvikling over tid. Vi snakker mye penger, men også bedre opplevelser. Så hvor langt har vi da kommet? Det har vi da skrevet om i denne rapporten. Før vi går inn i det, bare la oss se litt på hva er egentlig definisjonen av e-konsultasjon? Hva er det egentlig? Kanskje ganske selvfølgelig, men det er jo da en legetime, digital legetime, ikke fysisk oppmøte, det foregår over en digital kanal. Det mest avanserte, om du vil, det er jo en type videokonsultasjon, eller man kan ha en type chat-løsning, eller det kan være mer meldingsbasert, altså mailbasert, eller man jobber gjennom skjema på internett, så man går inn og sender noen meldinger fram og tilbake. Så det er de litt ulike formene. Så det kan foregå både i samtid, eller at det da kommer en mail når du ikke følger med på det. Så det er de formene vi har, og de aktørene vi da ser finnes der, det er jo et tilbud av selve legetjenester – det er jo fastlegene vi snakker om i førstelinjetjenesten, veldig stor andel av fastleger, og så er det private legevirkksomheter utenom fastlegeordningen. Hvis vi da ser på verktøysiden av det, så har vi helsenorge.no, som eies av Direktoratet for e-helse, som leverer den løsningen til fastlegene. Det er foreløpig frivillig om en fastlege ønsker å ta i bruk løsningen og tilby e-konsultasjoner. Det foregår en utrulling nå, som har kommet et lite stykke, men ikke så langt enda. Så har vi private verktøyleverandører, type pasientsky, [utydelig 0:05:49] og flere, som da tilbyr løsninger til fastleger, som kan hjelpe dem og gi dem en samhandlingsløsning til pasientene. Så har vi da nykommerne, som jeg vil kalle det, som er private aktører, som da tilbyr både legetimen og et verktøy i ett. Dette er da veldig typisk både på nettsider, men kanskje enda enklere, at du har små apper som du bare blar i, og så kan du

kontakte legen din. De tilbys da helt utenom det offentlige sitt tjenestetilbud, og du må betale selv for å gjøre det. Men terskelen for å kontakte legen er betydelig mindre enn på noen av disse andre. Så hvor langt har vi egentlig kommet, da? 14,4 millioner konsultasjoner; 1,6 prosent, eller cirka 250 000, er digitale. Dette er kvasivitenskap, for å være helt ærlig på det, vi har en del tall fra direktoratet som vi kan bruke, [utydelig 0:06:51] til fastlegene, som er ganske trygg. Og så har vi fått tall fra noen av de nye leverandørene som var villige til å dele med oss. Så det er en pekepinn. I prosent en liten fisk i havet, men allikevel, 250 000 det er 250 000, det er jo et betydelig tall i seg selv, hvis du tenker på hvor mange legebekker det egentlig er. Og så kommer det gode: Trenden. Her er det noe som skjer, siste to årene. Gjennomsnittlig antall e-konsultasjoner per måned, den dobles de siste to årene. Og dette henger sammen med utrulling av helsenorge.no, at fastlegene begynner å tilby e-konsultasjoner. Det henger også sammen med de nye aktørene, som er de lyseblå, som nå begynner å komme opp og kunne tilby noe de ikke tidligere kunne tilby, eller ikke fantes tidligere. Så fortsetter denne utviklingen med dette tempoet, så har vi plutselig 20 prosent i løpet av et par-tre år. Så dette er i ferd med å bli en realitet, spår jeg. Og jeg vil jo påstå at det har kommet for å bli, enten man liker det eller ikke, som en naturlig del av det samlede helsetilbudet. Spørsmålet er hvilken form det skal ta, og hva skal det offentliges rolle være i dette? Så vi ser jo at det er ganske mange utfordringer for å realisere hele dette gevinstpotensialet. For det første handler det veldig mye om veldig mange fastleger, det er veldig mange av dem, veldig mange av dem er også én-ansatt, to-ansatt, tre-ansatte. Hvordan skal de tilpasse seg en ny hverdag, hvor deler av dagen må være å gjøre e-konsultasjoner? Det er en stor endring. Jeg tror også, som en innbygger, så vil jeg forvente det er ikke bare 8–16, det er gjerningen om morgenen jeg våkner og kjenner at jeg er syk og ikke skal på jobb, eller lur på noen ting. Kanskje du må trykke åpningstiden din tidligere, og senere utover kvelden også, og i helgene. Så du får litt andre forventninger til responstiden, og det vil påvirke fastlegenes hverdag, så de må tilpasse seg. E-konsultasjonens plass også, i hele det samlede helsetilbudet, den må vi også se

litt på. Er det sånn at e-konsultasjoner skal erstatte dagens konsultasjoner, eller kommer de i tillegg til? Eller er det litt av både og? Vi ser jo en trend til at når du har en ny måte å kontakte legen på, så senker det barrieren for å gå til legen, som gir en økning i antall konsultasjoner. På den andre siden så er det veldig mange enkle konsultasjoner som kan erstattes. For eksempel det å fornye en resept. Å måtte gå til legen for å fornye en resept, det gir ikke mening. Så det er masse sånne ting som er både-og, tror jeg. Vi har også denne, la oss kalle det portvokter-funksjonen, som man gjerne kaller det i forhold til fastlegeordningen, i forhold til spesialisthelsetjenesten. Altså hva skjer med den? Vil det være litt knyttet til dette med kvalitet og? Er det sånn at en digital lege, for å kalle det det, som ikke tar fysisk på pasienten, for å være trygg på å ikke gjøre feil, vil jo oftere sende en pasient videre til fastlegen, til legevakten eller andre steder, for å være på den sikre siden? Eller vil du være ok med å ta de beslutningene på det ganske tynne informasjonsgrunnlaget du har? Så det er en ganske viktig bit. Noe av det vi ser og, det er ganske mange som hevder at verdien ... Det er én ting, altså en én-til-én-konsultasjon, hva om vi kunne få til flerparts-konsultasjoner? Hva om vi har noen som skal tilbake til arbeid etter et lengre sykefravær, de har felles samtale da mellom legen din, arbeidsgiver, NAV, om det kalles en e-konsultasjon eller hva vi velger å kalle det, det er i hvert fall den type felles digitale møter som gir ganske mye mening for å spare tid og reise for alle. Andre sier også: «Hva om du kunne trekke inn en spesialist fra et sykehus?» Hvis du har et mageproblem eller enkle ting, altså kanskje kunne man få mer verdi ut av konsultasjonen ved å trekke inn en ekspert og være tre parter i den dialogen? Da begynner vi å se at det er ganske mange typer, la oss kalle det helsefaglige, juridiske, politiske spørsmål som kommer opp, og liksom hvordan vil vi at dette her skal være? Så har vi teknologiutviklingen, vi har helsenorge, vi har de private aktørene, jeg tror det er ganske viktig å vite hva vi vil med helsenorge.no oppi dette, hva skal være det offentliges rolle? Hva skal det være, hva skal det ikke være? Skal vi ha video inn i helsenorge.no,

for eksempel? Ganske nærliggende spørsmål. Og så har vi selve forventningen i befolkningen, da. Positiv utålmodighet, tror jeg jeg vil kalle det, å si: «Jeg skulle gjerne hatt dette for mange år siden. For å slippe å gå til legen for alt jeg ikke må gå til legen for å gjøre». Så det å få opp tempoet, i hvert fall på det offentlige. Det private er der allerede, de har begynt å løpe, de ser en mulighet, men også å få det offentlige til å få opp tempo på utviklingen her, det tror jeg er ganske viktig. Så det vi sier: «Hva skal til?» Det er nok ikke alt, men jeg tror det er viktig at det offentlige tar et sterkt grep for å styre utviklingen, som vi var innom, både helsefaglig, der er altså juridisk, politisk og teknologiutviklingen, og få til et tempo i dette her som gjør at vi kan være stolte av å bo i Norge og ha så gode helsetjenester, og kunne ha digitale helsetjenester som en del av det tilbudet. Fastlegene, de har mye endring foran seg, og nå snakkes det mye om fastlegeordningen, denne sommeren spesielt mye. Dette er én av mange ting som de må ta innover seg og finne ut hvordan de skal håndtere det. Det er ikke sikkert alle fastleger skal tilby det, kanskje de bare skal tilby én form for ... For private aktører, her er det et marked, her er det å komme med noe befolkningen ønsker å ha, å bruke mulighetene og bli en del av det totale tilbudet. Så tror jeg også en del av politikken der blir: «Ok, skal vi finansiere dette her, eller skal man betale av egen lomme? Skal vi ha en refusjonsordning, slik som man har i Sverige, for eksempel?» Det kunne tenkes. Så dette er de aspektene vi har trukket fram i denne rapporten, så den må dere bare ta et eksemplar av, som en liten oppvarming til en debatt, Andreas?

[0:13:13]

ANDREAS:

Ja. Supert. Takk for en fin presentasjon, Roger. Jeg glemte rett ut å introdusere meg selv i stedet, jeg heter Andreas Auensen, og i kraft i av å være lege og en over gjennomsnittet interesse for teknologi og fremtiden og en optimisme, så er jeg «Medical Director» i Accenture. Og ser nå veldig frem til en paneldebatt, hvor vi får Thorleif

Jansen fra KRY, «Medical Director» der, en videokonsultasjonstjeneste, og Petter Brelin fra Allmennlegeforeningen. Vær så god, ta scenen. Roger blir også med oss hele veien i debatten. Jeg tenkte å starte med deg, Petter Brelin. Man kan jo si at en videokonsultasjon, med den fleksibiliteten den innebærer, kommer i møte dette med lang ventetid og tilgjengelighet, brukervennlighetsproblemer – man er jo veldig fornøyd generelt med fastlegene, men det dukker stadig opp blant befolkningen. Er ikke dette her løsningen, burde vi ikke bare sette i gang og tilby det?

PETTER:

Jo, det kan være løsningen på ... Høres jeg? Ja. Det kan være løsningen på en del problemer. Først må jeg arrestere deg på en liten feil; det er ikke lang ventetid, det er to dagers median ventetid på lege, uprioritert lege, hos fastlegene, og nesten 40 prosent av timene får du som øyeblikkelig hjelp, samme dag, så tilgjengeligheten er ganske god. Og så er spørsmålet: Videokonsultasjon, hvilken plass har det hos fastlegene? Jeg tror det har en plass. Men vi må spørre oss kanskje også hvilken medisinsk nytte gir dette? Fastlegene blir vurdert av befolkningen i Norge, målt av Difi til å være den nest mest populære offentlige tjenesten. Men det er ikke hovedoppdraget, hovedoppdraget er at vi skal kunne stille gode diagnoser, sette i gang med riktig behandling og henvise de som trenger det, samt følge opp de pasientene som trenger en kontinuerlig oppfølging, og prøve å være koordinatorene for pasientens medisinske tjenester. Og hvis vi nå innfører videokonsultasjoner i dette ganske komplekse oppdraget, så må vi vite hva vi gjør, vi må undersøke det. Jeg tror at det kan være fornuftig, for eksempel i oppfølgingen av en del sykdommer, men jeg er ganske utrygg på hvordan det vil være som førstegangs diagnostisk konsultasjon i møte med folk med sykdom, der tror jeg vi skal være litt forsiktige. Og så må dette prøves ut, og må evalueres da av uavhengige akademiske institusjoner, sånn som vi pleier å gjøre med all innføring av teknologi i helsevesenet.

[0:16:17]

ANDREAS:

Thorleif, begrepet «nødvendig helsehjelp», der er det noen kriterier. Ytes det nødvendig helsehjelp hele veien i dine videokonsultasjoner, eller er det å imøtekomme en utålmodighet i befolkningen etter hvert som de har høyere krav til tilgjengelighet og det litt mer brukervennlighetsperspektivet?

THORLEIF:

For det første har jeg lyst til å si litt om min bakgrunn. Min bakgrunn er fastlege i over ti år, i både by og utkantstrøk. Jeg er stor tilhenger av fastlegeordningen, jeg må bare si det først. Jeg liker pasientene mine, jeg tror en del liker meg også, jeg håper det. Men jeg har hatt en kløe i meg i veldig mange år for å finne løsninger for å kunne jobbe bedre, for å kunne ha bedre arbeidsflyt, for å kunne jobbe mer effektivt, for å kunne prioritere bedre, sånn at jeg bruker mer tid på de pasientene som trenger det mest. Og de pasientene som kommer til oss i KRY ... KRY ble grunnlagt nettopp med tanke på å kunne gi bedre tilgang til legetimer, uavhengig av hvor du bor, uavhengig av hva slags språk du snakker, uavhengig av økonomi. Og både de pasientene vi får til oss i KRY, og de pasientene jeg får til meg på mitt fastlegekontor, som kommer med helsebekymringer, store eller små, jeg har problemer med å si til dem, eller tenke at: «Det du kommer med er unødvendig», for de har en bekymring, et problem, som er reelt for dem, og de trenger å trygges på det. Veldig ofte er det råd, gode råd og informasjon de trenger, noen ganger behandling. Men det tror jeg er viktig, å ha god tilgang til slike helsetjenester på et lavt, effektivt omsorgsnivå, for å kunne bidra til det som er veldig viktig for helsenorge, som er utalt mål for politikerne, og det er å bidra til økt egenmestring av helse. Det heter på engelsk så fint som: «Empowerment». At man blir bedre satt i stand til å ta vare på egen helse.

ANDREAS:

Akkurat samm... Lager man større veier blir det mer biltrafikk, ikke sant. Kunne man tenke seg at dette tilbudet øker antallet konsultasjoner? Blir det, som Roger nevnte, noe i tillegg til det faste møtet? Vi kunne jo lese tidligere i sommer at Helsedirektoratet rapporterer en ganske formidabel økning på omtrent ti prosent i antall konsultasjoner, justert for befolkningsvekst. Så vi har en eldrebølge, som vi alle snakker om, vi har også en konsultasjonsbølge, på en eller annen måte, hvor man krever flere kontakter. Skaper man her et behov? Er det rimelig å få dette inn som et krav til fastlegene nå? Dette utredes i Direktoratet for e-helse, burde det være det i en allerede veldig presset ordning? Petter?

PETTER:

Ja, det er fornuftig å sette dette som et krav, dersom det gir helsegevinst. Dersom noen undersøker og viser at dette kan brukes fornuftig. Jeg tror det finnes noen situasjoner, for eksempel dette med trepartsmøter. Når jeg er hjemme hos en terminalpasient og føler meg litt avmektig, så hadde det vært veldig fint å kunne bruke videokonsultasjon for å kontakte en palliatør på sykehuset, en onkolog på sykehuset, og kanskje også hjemmesykepleien, sånn at vi kunne snakket sammen hvordan vi skal gjøre denne siste tiden for pasienten på en allright måte. Jeg tror den typen settinger, der er jeg ganske sikker på at det ville være nyttig. Den litt mer tilfeldige, alltid tilgjengelige for rådgivning av en lege, det må man spørre seg: Er det helsehjelp, eller er det markedsorientert salg av helsetjenester? Jeg er ikke så sikker på at det gir reelle helsegevinster. Og i verste fall – og dette vet vi jo ikke, men det bør undersøkes – så kan også et voldsomt stort tilbud av helsetjenester skape unødvendig uro i befolkningen og en eskalerende bruk av annenlinjetjenester.

[0:20:38]

ANDREAS: Ja, Thorleif?

THORLEIF: Du trenger ikke be om ordet når du er bare to, det er jeg glad for.

ANDREAS: Det står en til her.

THORLEIF: Unnskyld.

ROGER: [utydelig 0:20:47]

THORLEIF:

Jeg har lyst til å kommentere én ting først, før jeg kommenterer ... Ja, som Petter sa innledningsvis om å kunne stille diagnose på video. Du må huske på at vi har to verktøy, vi har ør... Nei, vi har tre verktøy. Vi har munn, ører og øyne i en videokonsultasjon. Så vi kan snakke med pasienten, vi kan se på pasienten, og en god sykehistorie, et godt intervju, lærer vi på studiet er 80 prosent av en konsultasjon. Vi har gjennomført over en halv million pasientmøter i KRY totalt, i flere land, og har god erfaring med det. Så hvis du ønsker datagrunnlag for å kunne forske på det, så er du velkommen til oss, Petter.

PETTER: Jeg er ikke forsker, men takk.

THORLEIF:

Eller du vil henvise noen. Når det gjelder overforbruk av helsetjenester, legetjenester på et lavt, effektivt omsorgsnivå – jeg ville bruke uttrykket «primærhelsetjeneste» – så tenker jeg at det er med på å redusere behov for dyrere undersøkelser. Vi snakker om overforbruk i helsetjenesten, vel, det er veldig viktig tema, og det er spesielt viktig for dyre spesialistundersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten. Men jeg tror vi skal revurdere tanken, eller hypotesen eller hva du skal kalle det, om at man skal regulere forbruk av helsetjenester i primærhelsetjenesten ved å begrense det. Det tror jeg ikke fører til bedre egenmestring av helse, det tror jeg ikke fører til bedre folkehelse.

ANDREAS: Ok.

PETTER:

Og så er det det at forbruk av helsetjenester har nesten ingen grenser. Vi kan ekspandere

helsemarkedet, nesten som den amerikanske middelklassen, til betydelig mer enn det vi har i Norge. Legesøkning kan vi drive egen markedsføring av. Så vi må ha klart for oss hva vi gjør. Og jeg hører jo at dere er fornøyd med det dere gjør, og at dere stiller disse tallene til disposisjon, og jeg skal ikke være skråsikker på at dette er unyttig, eller at det genererer mer aktivitet i andrelinjetjenesten. Det jeg bare sier, er at vi må få det evaluert, og så tenker jeg nok at hvis det skal implementeres på en god måte i helsetjenesten, ja, så er det nok fornuftig at det gjøres hos fastlegen som har det koordinerende ansvaret, som kan tilby en fysisk konsultasjon, og som ikke er avhengig av ører og munn og sånn, men også kan bruke bilder, blodprøver, kjenne på en kul man er usikker på, gjøre disse tingene som er en del av en helsetjeneste. Jeg har tidligere sagt at disse videokonsultasjonene handler ... Altså har mer et preg av rådgivning enn av en fullverdig helsetjeneste.

THORLEIF:

Nå har vel både du og jeg i fastlegepraksis tenkt at vi hjelper pasienten om vi gir gode råd også, kanskje vi hjelper dem enda bedre enn når vi skriver ...

PETTER: Ja, ja, en god rådgivningstjeneste.

THORLEIF:

Nettopp. Enda bedre enn om vi skriver en resept, i mange tilfeller. Vi gjør begge deler. Jeg tenker slik: Vi har en helsetjeneste som har betydelige kapasitetsutfordringer nå og i fremtiden. Vi har en fastlegetjeneste, en fastlegeordning, som er under press, og jeg har kjent, jeg kjenner det på kroppen selv, jeg kan skrive under alt som blir beskrevet om den. Men hvis vi nå bare ber om mer penger og flere leger som en løsning på det, så tror jeg vi sitter med en helsetjeneste i nær fremtid, som har akkurat de samme problemene, men er dyrere. Det vil si vi må tenke nytt. Vi må tenke nytt i forhold til bruk av teknologi, men vi må også tenke nytt i forhold til hvordan vi organiserer tjenestene, og hvem gjør hva? Skal fastlegene fortsatt gjøre

alt? De skal ta alt fra de enkle problemstillingene, som ja, vi tar nå, og de skal følge opp alvorlig kronisk syke pasienter. I Norge er det jo slik at cirka 40 prosent av legevaktkontakter kommer av at pasienter ikke får time hos fastlegen sin samme dag. Det tyder jo på at det er en kapasitetsutfordring. Vi har erfart i Sverige, når vi startet KRY, da begynte vi med å tilby en teknologisk plattform, en teknisk plattform til legekantorene. Det var ikke noen suksess, for det ble ikke brukt, og det skjønner jeg veldig godt, for man har så mye å gjøre fra før. Så man trenger ny organisering, man trenger mer kapasitet. Vi har fleksibel kapasitet, etter forventet og reell trafikk, og jeg mener at vi kan være med og avhjelpe, ta ansvar for at ... Vi kan hjelpe pasienter med enklere problemstillinger som ikke krever en fysisk undersøkelse, og bedre kapasiteten til fastlegen, som har mer tid til å ta seg av sine kronikere. Bedre kapasitet, avlaste kapasitet på legevakt, slik at man faktisk har tid til å hjelpe de som kommer inn og er alvorlig syke.

[0:26:20]

PETTER:

Og så skal jeg være litt enig. Vi ser nok litt forskjellig på akkurat disse tjenestene, men det vi er enige om, er at vi trenger tjenesteutvikling, vi trenger innovasjon, og dette med videokonsultasjon, gjort på den riktige måten, har et potensial i seg, har et løfte i seg, om at det kan være nyttig også brukt for eksempel hos fastlegene. Jeg har sittet i utrolig mange møter hvor jeg bruker mye av dagen på å dra til andre for å dra i møter. Bare det å få anledning til at vi kan holde videomøter, gjerne med pasienten til stede, det vil hjelpe oss betydelig og redusere mye av arbeidsbelastningen. Og det gode spørsmålet tror jeg er: Hvordan skal vi få til det, kontrollert, og sånn at vi er sikre på hva vi gjør? Og jeg har noe av svaret, faktisk. Det vi trenger først og fremst, det er en nasjonal infrastruktur. Det kan ikke være sånn at hver fastlege må velge én app eller én videoløsning, det kan ikke være sånn at mitt sykehus har noe annet utstyr enn det jeg kan bruke. Og helst også bør

pasientene da ha anledning til å kontakte alle sine behandlere: fysioterapeuten, meg, psykologen, ved hjelp av det samme utstyret. Så vi har en teknisk utfordring her, parallelt med det må vi finne ut hva er det fornuftig å bruke det til innholdsmessig?

ANDREAS:

Thorleif, ønsker du velkommen en nasjonal plattform, eller vil du fortsette i KRY, på den private tilbydersiden?

THORLEIF:

Jeg tror det er rom for og behov for begge. Nå snakker vi om forskjellige ting når det gjelder nasjonal plattform. Hvis vi tenker en nasjonal plattform for journalsystem og tilgang til journalopplysninger, det må vi. Det er helt essensielt for at vi skal ta vare på et veldig viktig prinsipp i fastlegeordningen. Gullet er kontinuitet, slik at alle som vil yte god helsehjelp til pasientene har tilgang på opplysninger, sånn at ikke fastlegen sitter på hjørnet med sitt journalsystem på lokal sever, og ingen fører kontroll med hvordan faktisk den journalen føres. Så tenker jeg at, som sagt, det er plass til flere aktører. Jeg tror en aktør som oss, for eksempel, som tilbyr den type tjenester vi gjør, kan ha en plass i å for eksempel være en digital legevakt, som vi kan utvikle i samarbeid med kommuner for å avlaste trykk på fastleger og legevakt. Men da er det selvfølgelig veldig viktig at vi har tilgang på gode journalopplysninger. Nå har vi kjempet for å få tilgang til kjernejournal, og det får vi snart. Og også at vi sender rapport til fastlege så ofte som det er nødvendig, og det er ganske ofte.

ANDREAS:

Vi må snart videre, men jeg har lyst til å stille et siste spørsmål. Som en representant, og en som har liksom levd gjennom [utydelig 0:29:33] først, og så da i KRY, har du opplevd at spillereglene for å etablere en sånn ny tjeneste ... Det er jo innovasjon, og det å finne sin plass i helsetjenesten, har det vært greit for deg og dine å forholde seg til myndigheter og reguleringer, eller har det vært tut og kjø, og vi ser hvor langt vi klarer å komme?

THORLEIF:

Jeg tror jeg aldri hadde gått inn i dette her hvis det var tut og kjø og cowboy. Jeg er med på dette her fordi jeg jobber i et foretak som jeg ser har høyt fokus på kvalitet, å gjøre ting skikkelig. Både når det gjelder pasientsikkerhet og når det gjelder datasikkerhet, for eksempel. Det vi ser er en utfordring, eller for å si det sånn: Gjør det umulig for oss å kunne gjøre det samme som man gjør i Sverige, hvor man er en del av det offentlige og avhjelper der, det er jo at vi møter på et rammeverk, for eksempel innenfor [utydelig 0:30:26]-system og vikarregler som gjør det umulig for oss å komme inn og kunne bidra det. Altfor rigid. For eksempel gis det i [utydelig 0:30:36]-systemet gis det incentiver, ikke til å løse problemer kostnadseffektivt for pasient og samfunnet, men for å fysiske konsultasjoner, og mage av dem. Så det må man gjøre noe med. Et annet eksempel jeg har lyst til å nevne, som en hindring vi støter på litt uventet, er jo at vi ønsker å sende epikrise eller rapport til fastlege etter en konsultasjon, for å kunne sikre et godt behandlingsforløp. Hvis ikke pasienten husker fastlegen sin, og det er dessverre ganske ofte, så får ikke vi lov, som privat helseaktør, å gjøre søk i det registeret over fastleger for å kunne finne den fastlegen og sende epikrise. Det er ... Hva skal vi si? Overraskende og ganske teit.

[0:31:30]

ANDREAS: Vi tar de to siste ordene. Vi tar Petter først.

PETTER:

Ja, og det ene er jeg helt enig i, jeg kan heller ikke slå opp hvem som har fastleger på turister som kommer til meg og har glemt hvem de har som fastlege, men de fleste som kommer til meg husker hvilken fastlege de har. Og så er det det at jeg tror private helseaktører skal få love å forbli private og arbeide på den måten, og så er det klokt av myndighetene å holde refusjons- og [utydelig 0:31:56]-systemet innenfor det som er organisert på det offentlige sånn.

ROGER:

Jeg tenkte bare på et spørsmål som går på dette med at det er veldig fokus på videokonsultasjon, det er det samtalen egentlig har gått på. Hva med meldingsbasert? Den er vel nokså åpenbar, det er det ene, og det andre er: Hva med «chatboter»? Det finner vi overalt, i bank, finans, kundeservice, andre steder. Er det ikke mulig å ta et skritt til, og si: Du må ikke egentlig snakke med noen, for her er det veldig mye som kan legges inn i et system, som man kan gi enkle svar på, så du kan automatisere enda mer?

PETTER:

Babylon Health i Storbritannia har en «chatbot» som ikke er evaluert, som ikke er testet, og som har vist seg å gi veldig dårlig råd. «Chatbot»-teknologien er et stykke frem. Hvis man skal introdusere helsehjelp uten å ha mennesker som yter den hjelpen, så tror jeg man skal være veldig forsiktig med hva man gjør. Det tror jeg er kjempelangt frem. Jeg har hatt tekstbasert kommunikasjon med mine pasienter siden 2011, og det er både hyggelig og litt nyttig, men det er ikke kjempenyttig. Når de stiller meg et spørsmål om et symptom, så er det ofte dårlig, litt lite presist, det de kommer med, og jeg har vansker med å stille en god diagnose, og det blir ofte til at jeg inviterer dem inn på kontoret.

ROGER: Men forenkler tingene for ny resept, for eksempel?

PETTER:

Ja, men det har vi jo helt automatisert systemet for, så du kan klikke på «bestille ny resept», «dette er reseptene dine», og så sender jeg det i løpet av noen timer. Så det er en annen greie, egentlig. Timer kan du bestille direkte på nett òg.

ROGER: Men ikke hos alle?

PETTER: Nei, men hos ganske mange nå.

ROGER: Ja.

ANDREAS:

Takk for innsatsen. Jeg vet at dere må videre, så vi gir dem en applaus. En liten oppmerksomhet, en donasjon til Leger Uten Grenser, fra oss. Nå gleder vi oss veldig til å høre fra Høyre, fra Venstre, fra Direktoratet for e-helse, og Kathrine Myhre i Norway Health Tech. Velkommen opp på scenen. Vi gir en applaus.

RUTH: Jeg er fra Arbeiderpartiet.

ANDREAS: Hva sa jeg?

RUTH: Fra Venstre.

ANDREAS:

Unnskyld, vi mente Arbeiderpartiet. Helt klart Arbeiderpartiet. Skal feste noen siste mikker her. Hva var det du het igjen?

[0:35:00]

RUTH: Ruth Grung.

ANDREAS:

Supert. Takk. Yes, da har vi lyd på alle. Takk skal du ha. Jeg tenkte å komme med et første spørsmål til deg, Ruth Grung, Arbeiderpartiet. Vi fikk på forhånd vite at når man ser systematisk på det, så er det faktisk slik at de høyere samfunnslag med god utdanning og god lønn, de får faktisk flere oppfølgingstimer, mer konsultasjoner for en del gitte store sykdomsgrupper, og kanskje man ser konturen av et delt helsevesen. Nå snakker vi om betalingstjenester for e-konsultasjon, er dette noe som snarest mulig må bli en del av det offentlige tjenestetilbud tenker du?

RUTH:

Det var jo veldig ... Er den på? Ja. Jeg var veldig gledelig overrasket når jeg så kurvene her i forhold til fastleger som har tatt det i bruk. Og fastleger har jo avtaler med det offentlige, og jeg regner dem som en del av det offentlige

helsetilbud. Det er helt riktig at det er forskjeller i forhold til hvem som bruker helsetjenester generelt. Men jeg ser ikke at det er ... Det er ikke å stå i motstrid til det å digitale løsninger, for der kan vi treffe andre tiltak som vi har jobbet en del med – jeg satt i helsekomiteen i forrige periode – at kommunene går inn og får fastleger til å følge opp mer systematisk hvis det er pasientgrupper som er i risikozonen. Så det er liksom noe annet enn det som er i dag, men jeg er i hvert fall veldig positiv til det jeg har hørt her i dag.

ANDREAS:

Ja. Torill Eidsheim, man kan se for seg en utvikling av disse tjenestene i dag, status er at man har meldingstjenester på helsenorger, som er en del av den grafen som vi så, driveren bak det, mens videokonsultasjon i seg selv, det er drevet inntil videre av det offentlige ... Nei, unnskyld, det private markedet. Så kan man tenke seg i forlengelsen av det, nå er det liksom enkle primære spørsmål, men flere av disse tilbyderne har i sine veikart at de skal kunne tilby en kardiolog, en nevrolog og tjenester fra sekundærhelsetjenesten. Er du bekymret for utviklingen? Må dette reguleres, slik at man ikke da gjennom disse tjenestene mister den portvokter-funksjonen som vi har etablert i Norge?

TORILL:

Det er jo et stort og vanskelig spørsmål du egentlig kommer med, som man «touchet» innom her i debatten i sted. For min egen del så er jeg veldig optimistisk til dette. Jeg har stor tro på teknologiutvikling, og det at vi vil se en fremtid i møte som vil bidra til gode løsninger for oss. Men samtidig må vi ikke være helt blendet av alt det nye, gode, og hvor fancy og flott det er, vi må og innse at vi må ivareta de gode systemene, og sikre systemene vi har. Når det kommer til videokonsultasjon, så tror jeg nok at det kan være et gode, og jeg føler meg trygg på at vi skal kunne klare å utvikle det. Men det at staten skal gå inn og overregulere i for stor grad, det er jeg litt redd for. Det synes jeg ikke er en god løsning, men det ble nevnt, ordet «å

evaluere underveis», og det er vi helt avhengige av. Vi er nødt til å evaluere kontinuerlig, og så er vi nødt til å legge forholdene til rette for at alle ulike aktører kan få lov til å slippe til med sine løsninger.

ANDREAS:

Jeg tar en tur til Bodil Rabben, Direktoratet for e-helse. Det snakkes om utvikling, skal direktoratet ta innover seg de erfaringene som nå gjøres, med hensyn til videokonsultasjoner og det private, eller skal dette utvikles som en egen løsning? Hva tenker du er best?

BODIL:

Vi skal absolutt jobbe sammen. Vi har jo akkurat fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å se på og utrede e-konsultasjon. Og det gjør vi i samarbeid med Legeforeningen og i samarbeid med det private næringslivet, og vi har akkurat startet, så det er kjempespennende. Og vi har jo disse unike tjenestene våre allerede på helsenorger, så mange av de tingene som ble nevnt i sted, om at man ikke kan nå fastlegen sin for eksempel, det finner man om innbygger når man går inn på helsenorger. Og jeg synes vi må fokusere på innbyggeren, og det gjør vi via den portalen som er en felles inngangsport, og der fremmes ... Altså det er innbyggerne selv som vil kreve en videokonsultasjon, som vil kreve en lett inngang til helsetjenesten. Og det som er så bra med helsenorger, det er at det er en kvalitetssikret portal. Så når du går der så vet du at du har en inngangsbillett som er sikker. Og så må vi evne, i det oppdraget vi nå har fått og den utredningen vi skal gjøre, å jobbe sammen med dere, og jobbe sammen med Legeforeningene, som nå har gått, og det gjør vi. Så allerede nå i neste uke har vi et stort møte sammen med dere, hvor vi skal se på hvordan vi kan lage de basistjenestene og den infrastrukturen som trengs. Vi har laget en del av dem, vi må fortsette, og vi må fortsette å få bredde i det. Og det er et teknologisk vanskelig landskap, for man har så mye forskjellig teknologi, og vi har

forskjellige privatleverandører. Så her handler det om prioritering og få det til, og også utrede hvilke krav vi da kan sette det teknisk og til styring og prioritering.

[0:40:47]

ANDREAS:

Kathrine Myhre, Norway Health Tech. Her snakkes det varmt om samarbeidet og sånt. Du kjenner jo til mange av disse nye oppstartsfirmaene, ideene som prøver å ... Hva er din erfaring, tilbakemeldingen du får, er det lett for nyoppstartinger å forholde seg til det statlige reglementet, regelverket og føringer?

KATHRINE:

Vi hørte jo fra KRY her i sted hva som er noen utfordringspunkter, og det er jeg helt sikker på at både politikerne og vi andre tar med oss videre. Jeg har egentlig lyst til å bare ... Du nevner pasienten. Jeg har lyst til å begynne med å si at den største driveren i dette er faktisk pasienten selv. Og det å benytte anledningen til å bygge pasientens helsetjeneste, lytte virkelig til hva det er pasientene vil ha, det er viktig. Trenger vi dette eller ikke? Jeg tror ikke det er spørsmålet, men det handler egentlig ... Det kommer til å være så press i helsesystemet på å få levert tjenestene raskt nok, med høy nok kvalitet, at dette må vi bare ta i bruk. Det er ikke noe vits å spørre: «Om?» Det er bare: «Hvordan vi skal gjøre det?» Og: «Hvor raskt, og hva skal komme først?» Og så videre. Har også bare lyst til å si at tid er kritisk faktor når det gjelder sykdom, og det handler også om å få mennesker raskt nok tilbake i arbeid, fordi vi trenger dem i arbeidsproduksjonen vår. Jeg har fått noen tall av en liten assistent i salen, og han forteller at Kaiser Permanent satte i gang denne formen for konsultasjoner i 2014, og i 2015 var så mye som 52 prosent av alle konsultasjoner på e-løsninger. Det er mye, det gikk ett år, 52 prosent, det vil si at 59 millioner konsultasjoner av 110, var gjennom denne form for ... Og det bekrefter bare for meg at pasientene vil ha dette. Nå kjenner ikke jeg Kaiser inn og ut, og hvilke incentiver og så videre de brukte for det, men

det tror jeg på. Så til ditt spørsmål. Vi har ulike selskaper som lager ulike former for tjenester. Ett av selskapene som ikke er nevnt i deres rapport, heter [utydelig 0:43:03], de lager en tjeneste som gir informasjon til kreftpasienter om hvordan de må gå fram i forløpet for å sørge for at både diagnosen og behandlingen blir riktig. De bruker «big data» og så videre. Den tjenesten er forsøkt tilbudt til den offentlige helsetjenesten, men den offentlige helsetjenesten har ikke klart å, jeg vil bruke begrepet «absorbere det». For jeg tror at i framtiden, når vi får rigget dette systemet vårt enda mer, så vil også den offentlige helsetjenesten har det. Det som da skjer er at pasientene vil jo ha det, og da er egentlig valget for den bedriften bare at da må de sette dette i gang. Nå begynner køen av pasienter som ønsker dette, da blir det en privattjeneste, den er der og dette er en realitet, og det skjer akkurat nå.

ANDREAS: Ruth Grung, du hadde en kommentar?

RUTH:

Jeg bare tenker på når jeg har jobbet i helsekomiteen i forrige periode, så er jo de som dominerer hos fastlegen, det er jo kronikere. I morges var jeg på et drøftelsesmøte knyttet opp mot sjeldne diagnoser. Alle disse gruppene her vil jo trenge nettopp den bistanden. Og jeg ser at Haraldsplass har jo et samarbeid med alle fastlegene sånn at de kan ringe og ta kontakt hvis det er noe de lurer på når de er i konsultasjon og så videre. Den muligheten til å koble annenlinjetjeneste, det å kunne koble ... Og sånn som sjeldne diagnoser, så finnes jo kompetansen langt vekke. Og de har jo en sykehistorie, ofte, som er veldig kompleks, men som fastlegen kjenner godt. Det å ha et sted å ta kontakt umiddelbart, for de kjenner de jo godt, det vil gjøre det mye enklere kanskje for de som sliter mest med helseutfordringer, i forhold til å få den bistanden de trenger. Og så har jeg bakgrunn i å jobbe med inkluderende arbeidsliv; klart at du får det fortere unna. Vi har jo problemer med at leger ikke stiller på disse møtene her, og de er jo helt avgjørende for også

å motivere pasientene tilbake til arbeid, så der vil du kunne rasjonalisere betydelig. Og så tolketjenester for eksempel, så kunne du dra det inn i forhold til en pasientgruppe som du nevnte i sted, som er ganske utsatt. Så jeg ser veldig mange muligheter. Og selvfølgelig skal det være følgeforskning, hvordan du skal rulle det inn, men når jeg så de ... Der var det vel, de grafene som var i sted, og jeg så også når vi fikk e-resept, hvor fort det ble tatt i bruk. Og jeg vet hvor dyktige fastlegene er. Får de en som henvender seg og sier at her er det ikke grunnlag, her tar vi en time. Og det er jo dere utdannet til. Så jeg er ikke så veldig redd for akkurat den biten der, men jeg skjønner at rammeverket, og ikke minst i forhold til økonomiske støtteordninger og alt det må på plass, men det klarer vi.

[0:45:50]

ANDREAS: Torill Eidsheim, Høyre.

TORILL:

Ja, først vil jeg si at jeg tror vi må innrømme at i dag har vi ikke gode nok incentiver til å bevege oss så raske på fremmarsj, som det du er inne på; som pasientene faktisk forventer. Og det er en økende forventning der ute om at egentlig alt skal fikses. Alt skal fikses kjapt, og vi skal leve mye lenger enn vi gjorde før, og disse forventningene bare skyter fart av gårde, i takt med, selvfølgelig, teknologisk utvikling, men det er ikke alltid like enkelt å få dem implementert. Og det er jo dette som er den kjempestore utfordringen. Og det jeg da tenker på, det er at når jeg henvender meg til legen, så er det historisk sett sett på som at det er veldig trygt og godt å se legen inn i øynene, og så snakker vi om denne utfordringen som jeg har. Men sannheten er jo at det finnes noen undersøkelser der man har testet ut hvem det faktisk er vi mennesker, vi pasienter foretrekker å forholde oss til. Og det som overrasket meg stort, det var at i tester der de prøver dette ut, så foretrekker vi faktisk å forholde oss til en datamaskin, så sant vi er sikre på at kvaliteten er ivaretatt. Og det forteller oss òg noe, vi beveger oss inn i en fremtid og en verden som vi i dag

bare aner så vidt konturene av. Og det er dette vi som politikere skal lage rammene for, og det gjør det fryktelig vanskelig. Og nettopp på grunn av at vi kun aner konturene av det, så tror jeg vi politisk skal være ytterst forsiktig med å definere for mye, vi skal være mye mer lyttende, og bidra til å legge forholdene til rette, nettopp, som det ble sagt, for at alle ulike aktører må få lov til å slippe til.

ANDREAS:

Det sies at 90 prosent av alle konsultasjoner, de gjøres i primærhelsetjenesten av fastlegene, 4 prosent av utgiftene, mer eller mindre. Dette er en viktig ordning for oss alle, vi er alle glade i den, på en måte. Du har begrepet «pasient», og så har man «innbyggere» og «bruker», «klient», til og med «kunde». Pasienten i fokus, mennesket i fokus. Kan dette, ved at det blir et krav til fastlegene med ... Det er en ordning som står for en krise nå. Ved at man skal ha dette som et krav, vil det bli behandling av utålmodige 35-åringer med en ganske behagelig, i forhold til sin mobil, og så videre, at de kommer raskere i køen. Hvordan skal dette her reguleres? Er det et tilbud til alle? Det er jo mange pasienter som koster mye mer for samfunnet enn disse kjappe mobiltelefon-innbyggerne våre. Noen innspill på det?

RUTH:

På slutten av forrige stortingsperiode fremmet jeg et forslag i forhold til å styrke fastlegeordningen, og der fikk vi en del data på bordet, og det viser seg at de fleste fastleger tilhører fastlegekontorer. Så det finnes egentlig ganske gode infrastrukturer knyttet opp mot fastlegeordningen. Det er ikke liksom den ensomme på bygden som reiser rundt. Så det finnes systemer rundt til å ivareta både den teknologiske biten, og å ikke være til stede, og hvis folk ikke husker navnet på fastlegen sin, så er det fordi de ofte tilhører et kontor, så du får litt forskjellige, iallfall vi som ikke bruker dem så ofte. Men jeg mener jo at når fastleger har kontrakt med det offentlige gjennom kommunene, så bør man stille krav til hvilken teknologisk plattform de skal bruke, sånn at det

standardiseres – det er det jo ikke i dag, merkelig nok. Jeg jobbet på trygdekontoret i gamle dager, hvor legene kom og slengte ned, og så måtte vi sitte der og skrive inn alle sykemeldingene. Så jeg mener at på sikt, men i god dialog med fastlegene. For som i alle endringsprosesser, så trenger du litt tid for å la det modnes, noen må prøve det ut, så tar du prøving og feiling, og så ruller du det ut, men i ganske stor skala, og gjerne litt i by og litt i bygd, sånn at du får sikret at du får systemer som passer. Og jeg er sikker på at dette kommer som en forventning, og da er det viktig at vi stiller det som krav når fastlegeordningen er et offentlig tilbud.

[0:50:27]

ANDREAS:

Apropos by og bygd, jeg tenker at hvis man skal gjøre dette til en nasjonal løsning og et krav til fastlegene, så er det klart at gevinsten her, som vi snakker om i reisetid og alle de tingene, det vil være ganske store forskjeller mellom kommuner. Finnmark, der reiser de i timevis til fastlegen, mens i Oslo har du tre rundt hjørnet. Kommer det til å bli lagt opp til en lokal tilpasning? Skal kommunene, tenker du, ha en finger med i spillet på utbredelsen av dette konseptet? Er det riktige vurderinger, tenker du?

BODIL: Ser du på meg nå, ja?

ANDREAS:

Ja, Bodil. Men er det en utredning ... Jeg vet at du ikke har svaret på alt, men det er interessant å høre noen tanker.

BODIL:

Ja, det må vi se nærmere på, om det blir noen forskjell. Men det jeg er opptatt av, er at vi har en del løsninger i dag som må benyttes og brukes, og det er uavhengig, og det er jo det som gjør digitalisering så bra, at det er uavhengig av by og land, for det er jo digitalt. Så det spørsmålet har jeg egentlig ikke tenkt på engang, det som

du retter nå. Og det som vi må få til er den nasjonale infrastrukturen, sånn at vi for eksempel innen psykisk helse og forebygging kan bruke e-mestringsverktøy som et forebyggende verktøy, hvor det er masse private som har laget noen flotte verktøy og hjelpemidler som vi kan knytte til helsenorge, sånn at jeg som innbygger kan gå direkte inn og finne det jeg trenger. Så jeg er opptatt av at jeg tror for å få til dette, så må vi jobbe sammen, det er helt udiskutabelt, men vi kan få det til. Og for å få fart på det skal jo vi nå utrede litt hvordan vi kan kanskje ... Så har vi jo fått i oppdrag å utrede hvordan vi skal få kraft bak det. Men det er utrolig mye muligheter i det vi allerede har i helsenorge, for det er en kvalitetssikret portal. Og vi snakker også veldig mye om forebygging, som er også en veldig stor pasientgruppe som da kan unngå å komme inn i systemet. Du trenger ikke engang kanskje ha den videodialogen med fastlegen. Så det er så mange elementer her som kan bedre den situasjonen vi står i i samfunnet, hvor vi får mange flere som har et behov for både forebygging og helsehjelp.

ANDREAS:

Stiller det mer krav til pasientene? Vi gjør i dag allerede en treskjæring, vi skjønner når vi skal dra til legevakta, vi skjønner når vi skal ringe 113, og vi skjønner når vi skal bestille time hos fastlegen. Når det kommer flere flater, hvem skal da informere og ...

BODIL:

Ja, det vil jeg gjerne svare på. Det er jo ikke det at det er flere flater, det er det som er poenget. Du går inn og har én inngangsport til helsetjenesten, og det er helsenorge, så du vet at det er trygt, det som ligger der, du vet at det er kvalitetssikret informasjon, og så har du tjenestene når du logger deg inn. Så jeg vil jo heller gå inn i helsenorge og forvente at jeg både kan koble meg opp til fastlegen på en videokonsultasjon, eller hvis jeg har et problem, gå og se om det finnes noen verktøy der jeg kan bruke, som allerede eksisterer fra privat



næringsliv. Det er sånne typer forventninger jeg vil ha som innbygger, og det vil i hvert fall ungdommen vår, som egentlig forventer å finne alt bare de åpner mobilen, og så har du en «trykk deg inn», og så har du alt der.

ANDREAS:

Kathrine, vi må faktisk snart runde av, for noen av paneldeltakerne er så populære at de skal videre om få minutter. Så jeg tror, Kathrine, du får siste ...

KATHRINE:

Det er to poeng, da. Det ene er jo at dette er et fantastisk verktøy. Altså, digitale verktøy generelt er jo både i forhold til å sørge for å sende pasientene raskere i riktig retning, enten om du skal til spesialist for et eller annet, eller om det handler egentlig om å fange opp noe du kan forebygge og sørge for at ikke blir et sykdomsforløp – fantastiske verktøy. Det er det ene, og så er det det andre, og det er at Norge, som har et så godt helsevesen, som har så høy kompetanse i helsevesenet sitt ... Det er to poeng, jeg spoler tilbake, sorry. Dette er også et veldig viktig verktøy for å opprettholde det jeg opplever er kanskje det viktigste for Norge og den offentlige helsetjenesten, og det er nemlig lik rett til helse. Dette er et veldig godt verktøy for det, enten du bor på bygda eller i byen. Og du kan kanskje få raskere den riktige eksperthjelpen fordi du har denne typen verktøy, enn hva du kunne hvis du bor langt inn på Finnmark, eller hvor det måtte være. Det var poenget mitt, så er det andre poenget:

[0:55:53]

RUTH: Der tok vi bølgen.

ANDREAS:

Vi gleder oss veldig til 2019. Vi gir dem en stor applaus. En liten påskjønnelse før dere går ut døra, en donasjon til Leger Uten Grenser, og tusen takk for at dere kom.

Copyright © 2018 Accenture
All rights reserved.

Accenture, its logo, and High
Performance Delivered are
trademarks of Accenture.