
Digitalisering til besvær?

LEGELIVET

MARTE ROA SYVERTSEN

marsyv@vestreviken.no

Marte Roa Syvertsen er lege ved Nevrologisk avdeling og forskningssjef ved Drammen sykehus, Vestre Viken.

Nevn digitalisering av helsetjenester, og det går et sukk gjennom rommet. Likevel er det nettopp det jeg har brukt mye av arbeidstiden min på de siste fire årene.



Foto: privat

Det er nemlig ikke til å komme fra at sykehusene er for små, og det kan nesten virke som om de blir mindre og mindre. Men i realiteten er det kanskje pasientene og forventingene som blir flere.

Leger, og antakelig helsepersonell generelt, kan nok karakteriseres som en ganske konservativ gruppe. Vi er oppdratt til å arbeide evidensbasert, heldigvis. Problemene starter imidlertid allerede her. For hvordan kan man ha evidens for innovasjon? Hele poenget med innovasjon er jo å tørre å gå først, å få en idé og prøve ut noe som ingen andre har gjort før deg. Da har du antakelig bare en hypotese, og ingen evidens.

«Hvordan kan man ha evidens for innovasjon? Hele poenget med innovasjon er jo å tørre å gå først, å få en idé og prøve ut noe som ingen andre har gjort før deg»

Det er vanskelig å drive risikofritt innovasjonsarbeid. Kanskje er det ikke mulig i det hele tatt. Hypoteser blir motbevist. Da er det viktig å ta til seg fakta og innrømme at idéen ikke var så god likevel. Eller det kan hende at resultatene er over all forventning. Da er det antakelig lov å feire lite grann, uten å miste blikket på veien videre.

Helsevesenet slik vi kjenner det inntil nylig, har ikke akkurat vært lengst fremme på nyskaping. Faktisk har det i stor grad vært driftet basert på en verden som ikke hadde teknologiske hjelpemidler i det hele tatt, altså omtrent slik det var da sykehusdrift en eller annen gang ble etablert. Du trenger en time hos spesialisten, ja? Vær så god, her har du et (kjempelangt) brev med beskjed om hvor og når du skal møte opp, på papir, båret hjem til deg ved hjelp av et postbud. Det samme gjelder for prøvesvar og andre beskjeder: Her har du et brev, det kommer frem med B-post om en uke eller to.

Enkelte fremskritt har det imidlertid vært, for vi har jo fått faks-maskin, i alle fall når vi skal kommunisere oss helsetjenester imellom. Det går tross alt litt raskere enn brev. Personsøkere har vi også fått, og beholdt, alle sammen. Muligens er vi de eneste i hele verden som fremdeles bruker det.

Så hvordan skal vi komme oss videre? Den gode nyheten er at det er i ferd med å skje *akkurat nå*. Og da må vi, som eksperter og helsepersonell, stå ved roret. Vi må si hva vi har bruk for og hva det skal inneholde, hva som vil være nyttig og hva som antakelig bare blir plunder og heft. Vi bør også helst være enige om dette. Det er lite sannsynlig at pasienter i Drammen og i Tønsberg trenger helt ulik oppfølging. Da vil det være dumt om begge stedene trekker ut like mye ressurser og fagfolk til å utvikle hver sine separate og forskjellige løsninger. Det gjelder å tenke i fellesskap, gjerne med konsensus i nasjonalt fagmiljø.

«Så hvordan skal vi komme oss videre? Den gode nyheten er at det er i ferd med å skje akkurat nå. Og da må vi, som eksperter og helsepersonell, stå ved roret»

Digitalisering av helsetjenester, eller digital hjemmeoppfølging, er nemlig et svært bredt og nokså ullent begrep. Egentlig er det like bredt som *helsetjenester* og *oppfølging*, med den forskjellen at vi bruker digitale hjelpemidler i gjennomføringen. For det ville jo vært rart, ville det ikke, å ikke ta inn over seg muligheten som ligger i smarttelefonene, når alle sykehusene er for små, og alle pasientene er for mange? Før hadde alle mennesker en postkasse. Nå har alle en liten datamaskin i lomma.

Til helsevesenets forsvar kan det sies at smarttelefonen er nokså ny i den store sammenheng. Husk at den første utgaven av iPhone kom i 2007. Det var det året jeg ble uteksaminert fra medisinstudiet og ikke lenge siden i det hele tatt – synes i alle fall jeg.

Likevel, når jeg snakker om digital hjemmeoppfølging, blir jeg ganske ofte møtt av kolleger som sitter godt tilbaketrent i stolen med korslagte armer. Og unnskyld meg, men som forsker klarer jeg jo ikke å motstå fristelsen til å lete etter linjer og mønstre, og det er nok særlig menn som nærmer seg seksti, og som gjerne har vært litt toneangivende, som sitter aller mest bakoverlent. Skal vi ikke *ta* på pasienten lenger? Skal vi ikke *se* pasienten i øynene lenger?

Jo, det skal vi selvfølgelig. Men vi skal ta på *rett* pasient, og dedikere øyekontakt til *rett* pasient. Det er helt fantastisk med tett oppfølging og én-til-én-møter med en høykompetent fagperson som er interessert i din historie og som lytter til deg når du snakker. Men disse fagpersonene er en begrenset ressurs, og det vil alltid være en stor gruppe pasienter som ikke får plass på deres lister. Hva med dem? Skal de ikke få noe tilbud i det hele tatt?

Slike spørsmål kan digitalisering hjelpe til med, for eksempel ved å bruke pasientrapporterte utfallsmål som registreres hjemmefra. Da kan sykehusene få løpende oppdateringer, og prioritering inn til poliklinikken kan baseres på det. Og hvor er evidensen? Den har vi ikke foreløpig, men den kommer. Da får vi svar på om idéen var god eller ikke, om vi skal innrømme våre feil eller fortsette videre fremover.

Publisert: 18. mars 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0107

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.