



DESENTRALISERTE KLINISKE STUDIER

REFLEKSJONER RUNDT HJEMMEBASERTE STUDIER
BLANT KREFTFORENINGENS BRUKERPANEL 2022



KREFTFORENINGEN

1	Innledning	3
1.1	Kreftforeningens brukerpanel	3
1.2	Metode	3
1.3	Utvalg	3
2	Resultater	5
2.1	Hva er motiverer for deltakelse i en klinisk studie?	5
2.2	Fortrukne valg av studiedesign	5
2.3	Desentraliserte elementer i kliniske studier	7
2.4	Trygghet ved bruk av digitale verktøy	8
2.5	Viktige faktorer for å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger	10
2.6	Bekymringer rundt deltakelse i en hjemmebasert klinisk studie	11
3	Oppsummering	12
4	Referanser	13

1 Innledning

Desentraliserte kliniske studier bruker digitale verktøy og innovative prosesser for å bringe kliniske studier hjem til pasienten. Statens legemiddelverk (SLV) deler desentraliserte kliniske utprøvinger inn i tre kategorier; konvensjonelle utprøvinger, hybride modeller og full desentralisering (1). For å forhindre misforståelser blant respondentene har vi benyttet ordet hjemmebaserte i stedet for desentraliserte i denne undersøkelsen.

I hjemmebaserte kliniske studier kan geografiske forskjeller i deltakelse minskes, pasienten slipper å reise så ofte til sykehuset og kan tilbringe mer tid hjemme med familie. For noen kan reisevei være en barriere for deltakelse i studier. For andre vil mindre fysisk kontakt med helsepersonell og bruk av teknologisk utstyr representere en utrygghet.

Rapportens mål er å kartlegge kreftpasienter og pårørendes forhold til desentraliserte kliniske studier. Vi undersøker hva slags studiedesign som foretrekkes, i hvilken grad de føler seg trygg på bruk av digitale komponenter og hvilke faktorer som er viktig for dem ved deltakelse i studier hvor mye av aktiviteten foregår hjemme hos pasienten.

1.1 Kreftforeningens brukerpanel

Kreftforeningens brukerpanel består av 1200 kreftpasienter, tidligere kreftpasienter, pårørende og etterlatte. Rekrutteringen til panelet skjer kontinuerlig gjennom ulike kanaler slik som Kreftforeningens nettsider, sosiale medier, annonser eller gjennom ulike arrangementer. Brukerpanelet brukes for å innhente kreftpasienters og pårørendes kunnskap og erfaringer om en rekke tematikker, til å rekruttere brukerrepresentanter til ulike formål, og for å få innspill i utviklingen av nye tilbud.

1.2 Metode

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i Kreftforeningens brukerpanel i perioden 21.11 – 07.12.2022. Data ble samlet inn ved hjelp av datainnsamlingsprogrammet SurveyXact. Alle i Kreftforeningens brukerpanel mottok et elektronisk spørreskjema med hovedsakelig kvantitative (lukkede) spørsmål, men også noen kvalitative (åpne). Det ble foretatt en purring underveis i perioden. Analysene ble gjennomført i Excel og SurveyXact.

1.3 Utvalg

Antall respondenter var 669, noe som utgjorde en svarprosent på 57 prosent. Blant disse oppga 83 prosent at de har erfaring som kreftpasient, 24 prosent at de har erfaring som pårørende og 17 prosent at de har erfaring som etterlatt. Blant respondentene var det en stor overvekt av kvinner, og majoriteten var mellom 50 og 69 år. Blant kreftpasientene i utvalget er det flest som har brystkreft (41 prosent), tarmkreft (12 prosent), prostatakreft (11 prosent) og lymfekreft (9 prosent), se Tabell 1. Dette gjenspeiler ikke faktisk prevalens i samfunnet. Utvalget i brukerpanelet har høyere utdanning enn gjennomsnittet i den norske befolkningen, og alle respondentene har også noe digital erfaring siden selve undersøkelsen foregikk digitalt. Likevel gir rapporten viktige refleksjoner og tilbakemeldinger, vedrørende innføring av desentraliserte elementer i kliniske studier, og vil også være overførbart til den forventede digitale omleggingen i helsevesenet.

Tabell 1: Bakgrunnsvariabler.

Kjønn	Prosent	Respondenter
Kvinne	69 %	454
Mann	31 %	215
I alt	100 %	669

Alder	Prosent	Respondenter
18 – 29 år	2 %	13
30 – 39 år	5 %	37
40 – 49 år	18 %	120
50 – 59 år	30 %	198
60 – 69 år	28 %	190
70 – 79 år	16 %	105
80 år eller over	1 %	6
I alt	100 %	669

Høyeste fullførte utdanning	Prosent	Respondenter
Grunnskole	5 %	32
Videregående skole	32 %	213
Høyskole/Universitet inntil 4 år	36 %	241
Høyskole/Universitet 4 år eller mer	27 %	183
I alt	100 %	669

2 Resultater

2.1 Hva motiverer for deltakelse i en klinisk studie?

Flere undersøkelser har vist at norske kreftpasienter gjerne deltar i kliniske studier. Pasientforløpsundersøkelsen, som ble utført blant pasienter i Kreftforeningens brukerpanel våren 2022, viste at kun 2 prosent av de spurte ikke kunne tenke seg å delta i en klinisk studie. Hva som motiverer til deltakelse i en klinisk studie, kan avhenge av faktorer som erfaring med kreft og grad av alvorlig sykdom. Som vist i Figur 1, var det å bidra til utvikling av ny og bedre behandling viktig eller svært viktig for 99 prosent av respondentene. Faktorer som å motta bedre medisinsk behandling mot egen sykdom og være tettere fulgt opp av helsepersonell med spisskompetanse var også viktig eller svært viktig for henholdsvis 96 prosent og 97 prosent av de spurte.

En spørreundersøkelse utført av James Lind Care viste at for 53 prosent av de spurte var utvikling av bedre medisiner den sterkeste motivasjonen for deltakelse i en klinisk studie når de rangerte alternativene, mens 14 prosent ville delta for å motta bedre behandling mot egen sykdom (2). Respondentene i den studien var ikke kreftpasienter, men pasienter med kroniske sykdommer som for eksempel diabetes, kols og psoriasis bosatt i Storbritannia, Danmark, Tyskland og Sverige.

2.2 Fortrukne valg av studiedesign

For å undersøke hvilket studiedesign respondentene foretrakk, valgte vi å dele studiedesign inn i 4 kategorier. I tillegg kunne respondentene velge svaralternativet «det hadde ikke spilt noen rolle for meg hvor studien foregår». Klassisk studiedesign representerer den konvensjonelle og tradisjonelle modellen der all aktivitet foregår ved sykehuset. Hvis mest aktivitet foregår ved sykehuset, men også med noe aktivitet hjemme, har vi kalt designet delvis klassisk. I studier hvor all aktivitet skjer hjemmefra



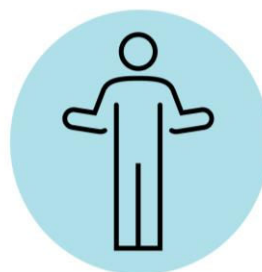
Utvikling av bedre behandling for pasienter i fremtiden

99%



Tettere oppfølging av helsepersonell

97%

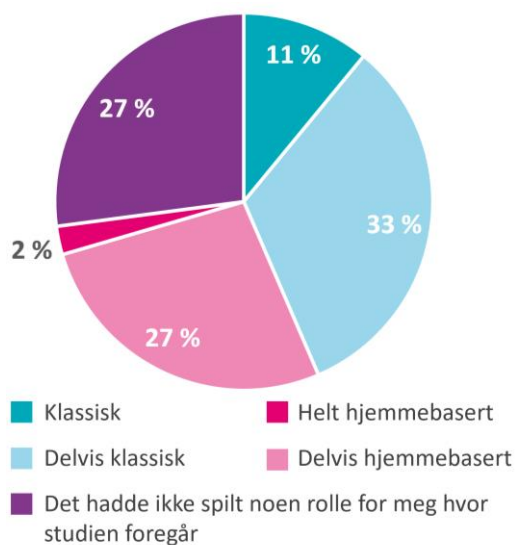


Motta bedre behandling mot egen sykdom

96%

Figur 1: Hvis du skulle takke ja til deltakelse i en klinisk studie, hvor viktig tror du disse årsakene ville vært? (Andel «Viktig» og «Svært viktig»). N=668

har vi valgt å kalle designet helt hjemmebasert, noe som tilsvarer SLV sin kategori full desentralisert. Denne kategorien tilsvarer virtuelle studier som også er et mye brukt begrep (3). Med delvis hjemmebasert menes studier som har mesteparten av aktiviteten hjemme, men med noen sykehusbesøk.



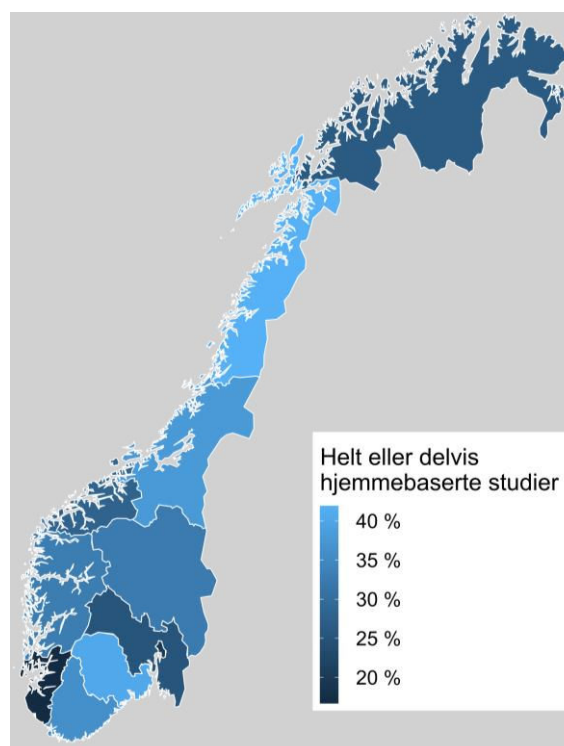
Figur 2: Hvilken type kliniske studie ville du ha foretrukket å delta i om det var aktuelt for deg? Med aktivitet menes her: registrering av egne data (f.eks. blodtrykk, smerte, medisiner), samtaler og oppfølginger med helsepersonell, enkle blodprøver osv. N=658

Vår undersøkelse viser at majoriteten ønsker å delta i hybride studier, og med det menes delvis klassisk og delvis hjemmebasert studiedesign (60 prosent). Antallet som foretrekker klassisk studie (11 prosent) er helt i tråd med hva de fant i undersøkelsen utført ved James Lind Care (2), hvor 12 prosent foretrakk klassisk design. Samtidig viste deres undersøkelse at hele 19 prosent foretrakk helt hjemmebasert studie, mens i vår studie utgjorde denne gruppen kun 2 prosent, se Figur 2. Dette kan skyldes at våre respondenter først og fremst har erfaring med kreft, som ofte har et mer alvorlig sykdomsforløp, og dermed kan føre til mer usikkerhet og bekymring. Samtidig svarer omtrent en av fire (27 prosent) i vår undersøkelse at lokaliseringen av studien ikke spiller noen rolle for deltakelse.

Da vi la til respondentenes bakgrunnsdata, fant vi ingen utdannings- eller kjønnsforskjeller. Derimot så vi at med synkende alder spilte studiedesignet mindre rolle for deltakelse i en klinisk studie. En stor overraskelse var at hele 18 prosent av de under 40 år ønsket et klassisk studiedesign. Dette har vi ikke funnet noe godt svar på, men det kan

skyldes at unge mennesker er mer mobile og orker mer reising. I en amerikansk studie utført blant pasienter rammet av- eller overlevende fra kreft, var personer under 55 år mer villige til å reise ekstra for å delta i en klinisk studie (4). Unge mennesker kan også føle seg mer utrygge med håndtering av egen sykdom. Dette gjenspeiles i våre spørsmål om digital trygghet, avsnitt 2.4.

Vi fant noen geografiske variasjoner i foretrukne studiedesign. Figur 3 viser at høyest andel som ønsket helt eller delvis hjemmebasert studie fant vi i Nordland og Vestfold og Telemark, mens i Rogaland og Oslo var det færrest som ønsket dette. Foretrukne studiedesign kan påvirkes av avstanden til næreste sykehus. Dette er noe vi til en viss grad finner igjen i våre data. Innbyggere tilhørende Nordlandssykehuset har ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) mye lengre reisevei til nærmeste akuttmtottak enn innbyggere tilhørende Oslo Universitetssykehus og Stavanger Universitetssykehus (5). Det er verdt å merke seg at vi ikke har informasjon om avstand til nærmeste sykehus, men kun respondentenes bosted på fylkesnivå.



Figur 3: Andel som ønsker helt eller delvis hjemmebaserte studier. N=193

2.3 Desentraliserte elementer i kliniske studier

De ulike studiedesignene kan ha forskjellige desentraliserte elementer. Noen vil trolig være lettere å ta i bruk enn andre. Vi ønsket å finne ut hvilke aktiviteter som ble foretrukket utført henholdsvis på sykehus og hjemme. Som vist i Figur 4, ønsket de fleste (60 prosent) at enkle blodprøver skulle utføres på sykehus, mens kun 23 prosent foretrakk medisinerings på sykehus. For en stor andel (22-39 prosent) hadde det ingen betydning hvor de ulike aktivitetene ble utført, de er derfor ikke vist i figuren.

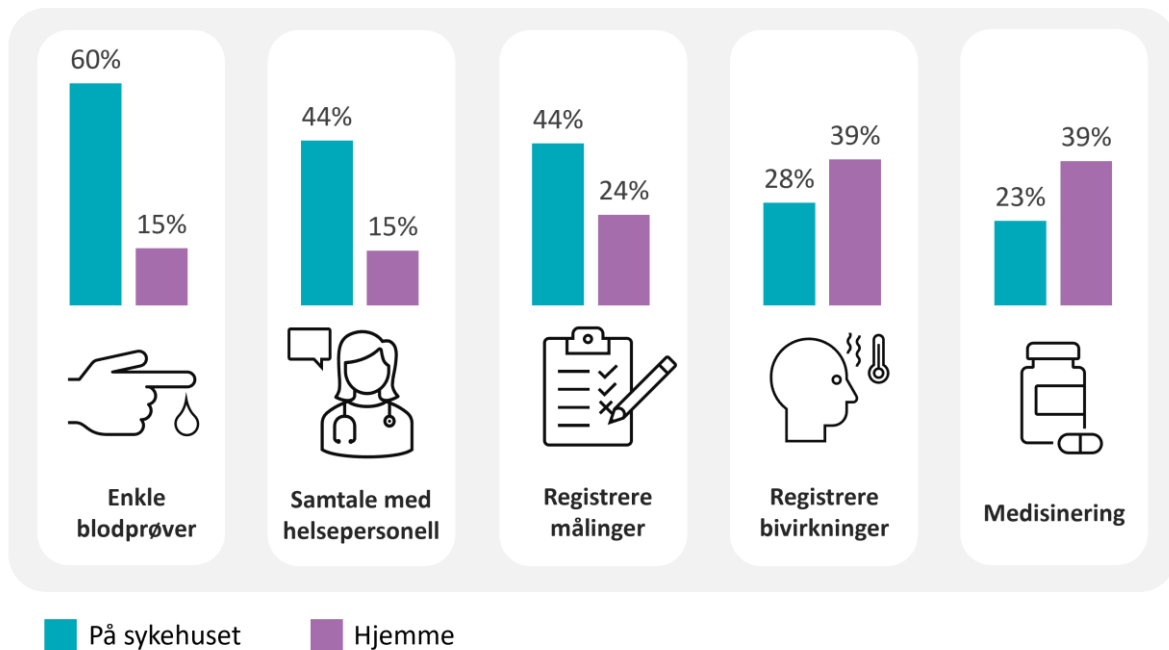
Respondentene fra Rogaland hadde høyest andel som ønsket enkle blodprøver (72 prosent), registrering av data fra målinger (56 prosent) og medisinerings (35 prosent) på sykehus. Lavest andel som ønsket aktivitet ved sykehus fant vi i Innlandet med medisinerings (18 prosent), i Agder

med registrering av smerte, symptomer og bivirkninger (17 prosent) og Nordland med registrering av data fra sensorer (33 prosent).

Generelt ønsket personer over 70 år i større grad at aktivitetene utføres ved sykehuset, men unntak av medisinerings.

Nesten dobbelt så mange menn (41 prosent) som kvinner (21 prosent) ønsket at registrering av bivirkninger skulle gjøres på sykehuset. For de andre aktivitetene var det mindre kjønnsforskjeller.

Blant de med lavere utdanning var det et større ønske om at registrering av målinger, registrering av bivirkninger og medisinerings skulle foregå ved sykehus.



Figur 4: Hvilke av følgende aktiviteter vil du foretrekke å gjøre henholdsvis hjemme (ved hjelp av digitale løsninger) eller på sykehuset? De som oppga at lokalisasjon ikke spiller noen rolle er ikke tatt med i figuren. Med å registrere målinger menes f.eks. fra blodtrykk og EKG. Registrere bivirkninger inkluderer smerte, symptomer og bivirkninger. N=650

2.4 Trygghet ved bruk av digitale verktøy

I desentraliserte kliniske studier vil man ofte måtte bruke digitale verktøy for å utføre de ulike aktivitetene fra hjemmet. For samtlige aktiviteter vi spurte om, følte mer enn 3 av 4 seg trygg eller svært trygg.

Dette stemmer godt med resultatene fra Kreftforeningens Pasientforløpsundersøkelse 2022, hvor det ble kartlagt hvor lett eller vanskelig det er for den enkelte å ta i bruk ulike verktøy for hjemmeoppfølging. Undersøkelsen viste at 2 av 3 mener de har digital kompetanse og at det ville være lett å ta i bruk ulike verktøy for digital hjemmeoppfølging.

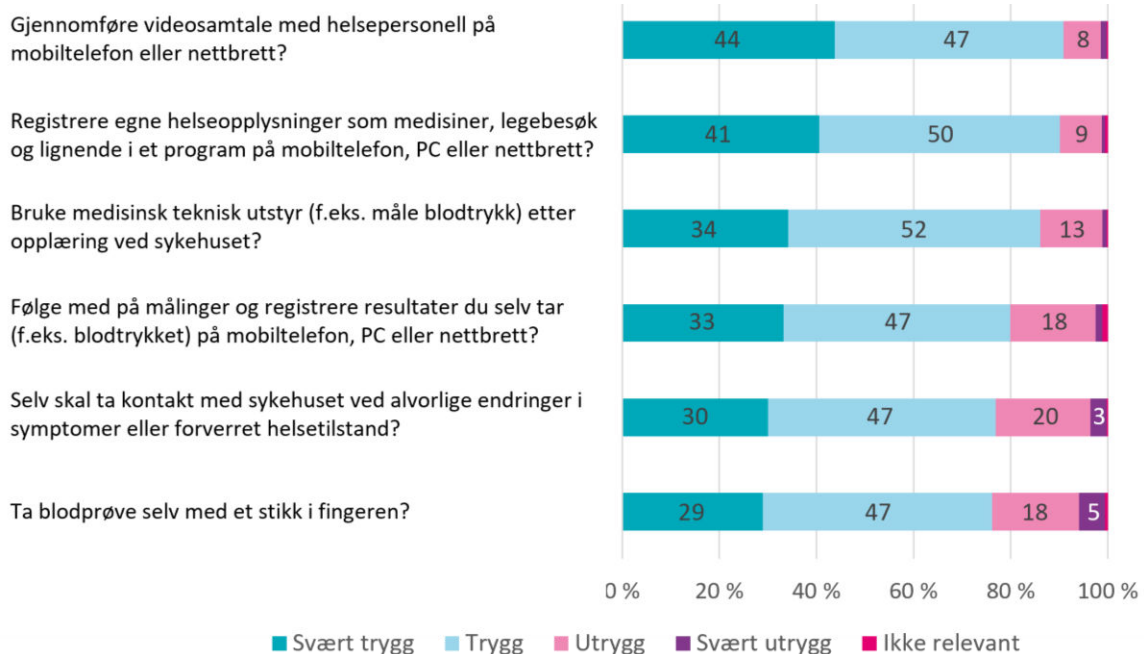
I pasientforløpsundersøkelsen 2022, var det 8 prosent av respondentene som oppga at det var vanskelig å selv varsle om kritiske endringer i helsetilstanden. Til sammenlikning oppga 23 prosent av respondentene i denne undersøkelsen at det ville være utrygt å selv varsle (Figur 5).

Det er liten geografisk variasjon når det gjelder trygghetsopplevelsen, men det er verdt å merke seg at hele 28 prosent av respondentene fra Oslo og Innlandet vil være utrygge hvis de skulle følge

med på målinger og registrere resultater selv. I tillegg oppga 31 prosent av de fra Rogaland og Troms og Finnmark at de ville være utrygge på å utføre blodprøvetaking ved stikk i fingeren. Dette er de fire fylkene med høyest andel som ønsket klassisk studiedesign (15-16 prosent).

Vi fant ingen sammenheng mellom trygghetsfølelse og lengde på utdanning.

Yngre mennesker er ofte assosiert med gode tekniske ferdigheter og høy digital kompetanse. Allikevel fant vi en relativt høy andel mellom 18-29 år som var utrygge på flere av aktivitetene. Dette var overraskende, men må tolkes med forsiktighet fordi denne gruppen hadde få respondenter (N=13), men det er verdt å følge opp. I aldersgruppen 30-39 år oppga 17 prosent at de følte seg utrygge på å gjennomføre en videosamtale med helsepersonell. Som nevnt under avsnitt 2.2 var det i aldersgruppen 18-39 år at flest ønsket seg klassisk studiedesign. De over 70 år synes det å registrere helseopplysninger (12 prosent), og følge med på målinger og registrere resultater (28 prosent) var mest utrygt.



Figur 5: Hvor trygg ville du føle deg hvis du skulle gjennomføre følgende aktiviteter hjemme. N=646

Blant kvinner fant vi en større utrygghet når det gjaldt håndtering av medisinsk teknisk utstyr (kvinner 17 prosent og menn 8 prosent), og ved blodprøvetaking (kvinner 28 prosent og menn 13 prosent).

Vi fikk 218 kommentarer i det åpne feltet for utdyping av utrygghet. Mange av disse beskrivelsene henger tett sammen med funn gjort i en ny, dansk undersøkelse, hvor pasientenes forståelse av kvalitet i helsevesenet er kartlagt (6). I undersøkelsen ble pasientens kvalitetsforståelse gruppert i syv hoveddimensjoner.

Flere av respondentene var redd for å ikke få snakket ordentlig med helsepersonell, eller at de ikke kommer i kontakt med helsepersonell ved behov, hvis de skulle være med i en hjemmebasert klinisk studie. Dette stemmer godt overens med et ønske om å bli møtt med omsorg hos helsepersonell (6).

Videre var det mange som oppga at det er skummelt å ha ansvar for å ta kontakt med helsepersonell ved alvorlige endringer i symptombilde. Flere synes det høres vanskelig ut å skulle vurdere egen situasjon. Svarene avslører også at mange tenker at de må ha høy helsekompetanse for å gjøre riktige registreringer

og vurderinger. Kontakt med helsepersonell med høy helsefaglig kompetanse ble oppgitt som en viktig kvalitet i den danske undersøkelsen (6).

Noen påpeker at økende sykdomsbyrde vil gjøre at man ønsker mer fysisk kontakt med helsepersonell og at en alvorlig kreftdiagnose generelt gjør dem utrygge. Mange føler at de har mer enn nok med å håndtere hverdagen og føler seg i en veldig sårbar situasjon. God kvalitet i helsetjenesten henger sammen med mulighet for individuelle vurderinger og hensyn (6).

Pasienter i den danske undersøkelsen fremhever at de skal oppleve en verdig behandling (6). Flere av respondentene i vår undersøkelse tolker bruken av digitale verktøy som et ledd i å legge mer ansvar og arbeid på pasientene. Det nevnes flere ganger at disse aktivitetene er helsevesenets ansvar.

Flere nevner at god opplæring og tett oppfølging er en forutsetning for deltakelse i mer hjemmebaserte studier. God opplæring og det å trygge pasientene i responstid fra helsepersonell vil være helt avgjørende for å lykkes med denne type studier. Kjennskap og forståelse av eget forløp oppgis som en viktig kvalitet blant pasientene i den danske undersøkelsen (6).



Figur 6: Utdrag fra hva respondentene synes er utrygt

2.5 Viktige faktorer for å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger

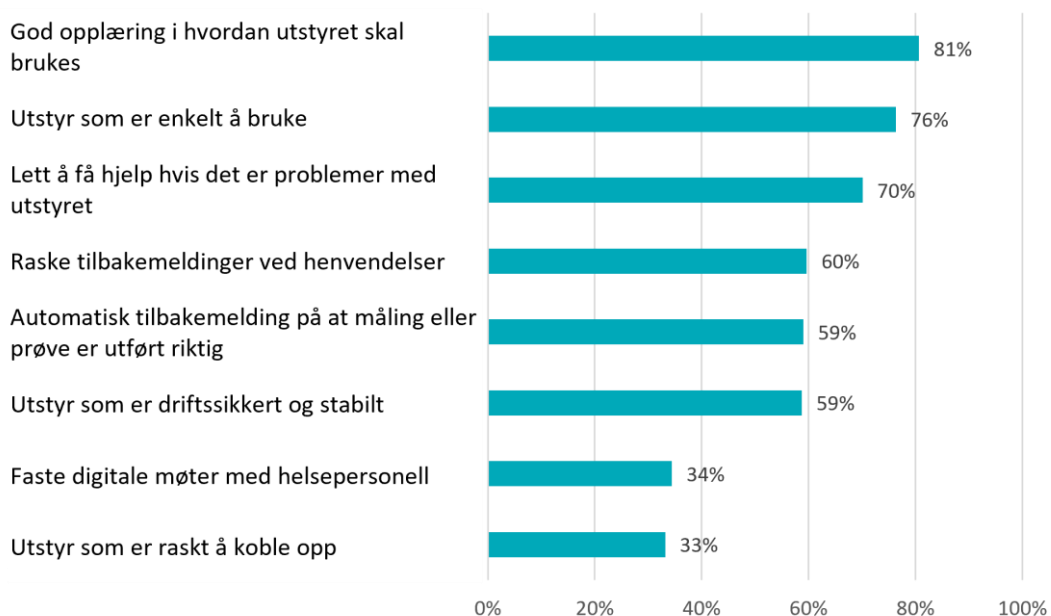
Ved innføring av ny teknologi og digitale løsninger i helsevesenet blir det viktig å kartlegge hvilke faktorer som gjør pasientene utrygge og hva som kan gjøres for å imøtekomme de utfordringene som kan oppstå. Respondentene ble derfor spurt om hvilke faktorer som var viktigst for å kunne ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger. Her var det mulig med flere svaralternativer.

Som vist i Figur 7 var det totalt sett viktigst med god opplæring (80 prosent), at utstyret er enkelt å bruke (76 prosent) og at det er lett å få hjelp hvis det er problemer med utstyret (70 prosent).

Real-world data fra digitale pasientmonitoreringsmoduler testet ut i Norge og flere andre Europeiske land, viser høy grad av tilfredshet både hos kreftpasientene (87 prosent) og helsepersonell (82 prosent) (7). I en amerikansk studie oppga 95 prosent av respondentene som hadde brukt videokonsultasjoner at de fikk hjelp og svar på det de lurte på allerede ved første konsultasjon (4).

Ved Nordlandssykehuset har man testet et digitalt verktøy (Kaiku Health) for oppfølging av kreftpasienter som behandles med immunterapi. Tilbakemeldinger fra de 50 første pasientene som var med i prøveprosjektet er at pasientene er fornøyde med denne løsningen og de opplever høy grad av trygghet. Chat-funksjonen i appen gjør at pasientene opplever det som lettere å få tak i helsepersonellet ved Kreftavdelingen (8).

Ved Sykehuset i Østfold har man testet ut prosjektet «Hjemmelab» hvor pasientene selv tar blodprøver hjemme. Testresultatet overføres til sykehusets laboratoriedatasystem ved hjelp av en app og en måleenhet koblet til mobiltelefonen. Utførelsen av målingene krever at man er både klar i hodet og stødig på hånden, og tilbudet vil derfor ikke være aktuelt for alle. Helhetsinntrykket blant de ti som har testet utstyret er likevel bra, og de ville takket ja til hjemmemåling dersom det skulle bli et permanent tilbud (9).



Figur 7: Hva vil være de viktigste faktorene for deg for å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger hvis du skulle blitt med i en hjemmebasert klinisk studie? (Flere svar mulig) N=642

2.6 Bekymringer rundt deltakelse i en hjemmebasert klinisk studie

Avhengig av alder, digital kompetanse og kjønn kan det være ulike bekymringer rundt det å delta i en hjemmebasert klinisk studie. Ved å kartlegge de største bekymringene har man mulighet til tidlig å målrette ressursene inn mot disse, og trygge pasientene.

Størst var bekymring rundt det å få ikke få kontakt med lege eller sykepleier (58 prosent). Deretter var frykt for at man gjør noe feil som påvirker resultatene negativt (56 prosent), tett etterfulgt av at man ikke får hjelp hvis det oppstår noe feil med de tekniske løsningene (55 prosent) noe som bekymret mange. Dette er faktorer som er løsbare med god opplæring og rutiner for tilgjengelighet av helsepersonell og teknisk personell ved behov.

Til sammenligning viste undersøkelsen utført ved James Lind Care, at 52 prosent av respondentene var bekymret ved deltakelse i en klinisk studie hvor all kontakt med personell var digitalt. Den største

bekymringen var håndtering av teknisk/digitalt utstyr for monitorering (2).

Generelt av de under 40 år var mest bekymret. Dette gjaldt spesielt å gjøre noe feil med registreringen slik at det påvirket resultatene negativ (75 prosent), feil bruk av medisiner (60 prosent) og at man gjør noe feil med de tekniske løsningene (36 prosent). De over 70 år var minst bekymret for at de skulle gjøre noe feil med medisinbruken (22 prosent). En mulig årsak kan være mer erfaring med medisiner for eldre pasienter. Samtlige respondenter over 80 år (N=6) oppga at de var bekymret for å ikke få kontakt med helsepersonell.

Kvinner var generelt mer bekymret enn menn innen alle kategoriene. Dette til tross for at kvinner i noe større grad foretrekker aktiviteter hjemme fremfor sykehus.



Figur 8: Hva vil være dine største bekymringer dersom du skulle delta i en hjemmebasert klinisk studie? (Flere svar mulig) N=640

3 Oppsummering

Deltakelse i kliniske studier kan gi pasienter tilgang til nye medisiner og behandlingsmetoder. Norge er et langstrakt land hvor avstanden til nærmeste sykehus kan være stor, noe som kan bety mye tid borte fra familie og venner. Deltakelse i en klassisk klinisk studie vil derfor ikke være aktuelt for en del pasienter. Utviklingen av ny teknologi og nye digitale løsninger åpner opp for deltakelse i kliniske studier samtidig som pasienten kan bo hjemme. Denne type studier kan på den ene siden gjøre deltakelse i kliniske studier mer tilgjengelig, samtidig som mange vil føle en utrygghet rundt digital kompetanse, ansvar og mangel på fysisk kontakt med helsepersonell.

Fullt hjemmebaserte kliniske studier er ikke foretrukket blant våre respondenter. Hele 95 prosent av de spurte oppga også at tettere oppfølging av helsepersonell var viktig eller svært viktig for motivasjonen til deltakelse. Kontakten med helsepersonell ble også fremhevet som viktig motivasjon i undersøkelsen utført ved James Lind Care, og mangel på denne kontakten kunne føre til økt frafall i studier (2).

Vår undersøkelse viser at det store flertallet er positive til hybride studier (delvis hjemmebasert og delvis klassiske). Allikevel er det en liten gruppe pasienter som føler seg svært utrygge rundt digital kompetanse, håndtering av egen sykdom eller som har behov for fysisk kontakt med helsepersonell, og som derfor foretrekker mest eller all aktivitet ved sykehus.

Alder blir en viktig faktor å ta hensyn til når man planlegger en klinisk studie hvor aktiviteter skal legges til hjemmet. Det er grunn til å anta at yngre pasienter med liten erfaring med sykdom, medisiner og helsetjenester har behov for økt trygghet rundt håndtering av egen sykdom. De rapporterte om økt utrygghet ved digital kontakt med helsepersonell og det å selv ta kontakt ved alvorlige endringer, samt at de var bekymret for å gjøre feil i håndtering av egen medisiner. Eldre pasienter har gjerne mer erfaring med sykdom, men rapporterte at de var bekymret for å ikke få tak i helsepersonell eller hjelp ved behov, samt at de var utrygge på å følge med på målinger og gjøre registreringer. Ved planlegging og etablering av mer hjemmebaserte kliniske studier blir det spesielt viktig å trygge pasienten rundt opplæring, tett oppfølging og ansvar. Det blir viktig å ta tilbakemeldingene rundt utrygghet og bekymringer på alvor. Enkelte pasienter vil trolig ikke være egnet for hjemmebaserte kliniske studier.

Implementering av hjemmebaserte kliniske studier fordrer at deltakernes sikkerhet er høy, og at deres rettigheter og verdighet er ivaretatt. European Medicines Agency (EMA) har nylig publisert anbefalinger rundt hjemmebaserte kliniske studier. De trekker frem at potensielle studiedeltakere, pasienter eller pasientorganisasjoner bør involveres tidlig for utforming av design, utvikling og implementering av denne typen kliniske studier (10).

4 Referanser

1. **Statens legemiddelverk.** *Desentraliserte kliniske utprøvinger.* [Internett] <https://legemiddelverket.no/godkjenning/klinisk-utproving/desentraliserte-kliniske-utprovinger#legemiddelverkets-arbeid-med-desentraliserte-kliniske-utpr%C3%B8vinger>.
2. **James Lind Care.** *The Patients' Perspective on Decentralized Trials.* 2021.
3. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.* 2021-2025.
4. **DV Adams, S Long et al.** *Association of Remote Technology Use and Other Decentralization Tools With Patient Likelihood to Enroll in Cancer Clinical Trials.* s.l. : JAMA Network Open, 2022.
5. **Statistisk sentralbyrå.** *Lengst kjøretid til akuttmottak i Finnmark.* [Internett] 2019. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/lengst-kojoretid-til-akuttmottak-i-finnmark>.
6. **Danske Patienter.** *Patienterne har order: Dét er kvalitet for os.* 2023.
7. **J Jaal, E Arriola et al.** *Real-world implementation and user experience of tailored digital patient monitoring (DPM) modules for patients (pts) with locally advanced/metastatic (LA/M) cancer: Early readout analysis from a feasibility study.* s.l. : 2022 ASCO Annual Meeting.
8. **Onkonytt, Medlemsblad for norsk onkologisk forening.** *Persontilpasset oppfølging av kreftpasienter for en sikrere hverdag: – erfaringer etter innføring av digital oppfølging av kreftpasienter ved Nordlandssykehuset 2021.* 2022.
9. **Hansen, G.** *"Hjemmelab" i Østfold.* s.l. : Bioingeniøren, 2023.
10. **European Medicines Agency.** *Recommendation paper on decentralised elements in clinical trials.* [Internett] 2022. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/mp_decentralised-elements_clinical-trials_rec_en.pdf.