



Bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk

ORIGINALARTIKKEL

ANNE THERESE TVETER

E-post: annetherese.tveter@diakonsyk.no

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering

Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning

Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt med idé, utforming av studien og innsamling, analyse og tolking av data samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Anne Therese Tveter er ph.d., fysioterapeut og forsker. Hun jobber med avstandsoppfølging innen revmatologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SELLA AARRESTAD PROVAN

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering

og

Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning

Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt med idé, utforming av studien, tolking av data samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Sella Aarrestad Provan er ph.d., spesialist i revmatologi, overlege og forsker. Hun har erfaring med videokonsultasjoner.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELLEN MOHOLT

Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning

Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt med idé, utforming av studien, tolking av data samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Ellen Moholt er RN M.Sc. (klinisk sykepleie, spesialisering revmatologi) og er spesialutdannet sykepleier. Hun har erfaring med videokonsultasjoner.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJETIL BERGSMARK

Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning

Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt med idé, utforming av studien, tolking av data samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Kjetil Bergsmark er M.Sc. (helseledelse/helseøkonomi), spesialist i revmatologi, overlege og klinikkleder.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NINA ØSTERÅS

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering

Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning

Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt med idé, utforming av studien og innsamling, analyse og tolking av data samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Nina Østerås er ph.d., fysioterapeut og forsker. Hun jobber med avstandsoppfølging innen revmatologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

På grunn av covid-19-pandemien ble implementering av videokonsultasjon som alternativ til fysisk oppmøte ved polikliniske konsultasjoner fremskyndet for personer med revmatisk sykdom ved Diakonhjemmet Sykehus. Videokonsultasjon ble innført i mars 2020, og vi presenterer her erfaringer blant behandlere og pasienter.

MATERIALE OG METODE

Data ble samlet inn i juni 2020 gjennom fokusgruppeintervjuer med behandlere og fra en digital, anonym spørreundersøkelse blant pasienter som hadde hatt videokonsultasjon i løpet av tre uker i juni.

RESULTATER

Data fra fokusgruppeintervjuer med syv revmatologer og syv sykepleiere ble sortert i tematiske hovedkategorier: pasient, behandler, konsultasjon og teknologi. Behandlerne syntes at videokonsultasjoner med enkelte unntak var godt egnet for oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom, og aller mest for velbehandlede pasienter med enkle problemstillinger. Spørreskjemaet ble besvart av 139 av 383 (36 %) forespurte pasienter. Pasientene var i stor grad fornøyd med videokonsultasjon, med median skår 10 (kvartiler 8–10) på en numerisk skala fra 0 til 10, men 32 (27 %) pasienter syntes det var problematisk å ikke bli undersøkt av behandler.

FORTOLKNING

Videokonsultasjoner er i mange tilfeller godt egnet til oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom.

Utfordringene i fremtidens helsetjeneste vil ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–23 kreve økt samhandling og bedre utnyttelse av kompetanse og teknologi (1). For å realisere bærekraftige helsetjenester må digitale løsninger og nye måter å levere helsetjenester utforskes, som for eksempel helsehjelp på avstand (2). Inntil nylig var videokonsultasjoner implementert hos et begrenset antall fastleger, private legevirksomheter og helseforetak (3).

Covid-19-pandemien har endret måten personer med revmatisk sykdom følges opp (4) og har synliggjort behovet for digitale alternativer som gir effektiv og trygg pasientoppfølging (5). Videokonsultasjoner kan bidra til bedre helsetjenestetilbud og være et akseptabelt alternativ til fysisk oppmøte for de som bor i avsidesliggende strøk (6–8). Innen revmatologi er det kun gjort noen få, små studier. To oversiktsartikler indikerer at videokonsultasjon kan være et nyttig alternativ i oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom, men at det er behov for mer forskning på dette (9, 10).

Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning ved Diakonhjemmet Sykehus hadde startet planleggingen av å teste ut videokonsultasjon som et alternativ til fysisk oppmøte, men som følge av pandemien ble prosjektet fremskyndet og videokonsultasjon implementert i mars 2020. Formålet med denne studien var å undersøke helsepersonells og pasienters erfaringer med videokonsultasjon.

Materiale og metode

STUDIODESIGN

Denne kvalitetssikringsstudien besto av to deler – en kvalitativ del basert på fokusgruppeintervjuer og en kvantitativ del basert på en spørreskjemaundersøkelse. Studien ble gjennomført i juni 2020 av to forskere fra Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) i samarbeid med to pasientrepresentanter, en representant fra kontorlagtjenesten, en revmatolog og en sykepleier ved Senter for ortopedi og revmatologi (SOR), Diakonhjemmet Sykehus. Lokalt personvernombud ved Diakonhjemmet Sykehus har tilrådd studien. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra behandlerne i fokusgruppeintervjuene og elektronisk anonymt samtykke fra pasientene i spørreundersøkelsen.

DELTAKERE

Ved Senter for ortopedi og revmatologi praktiseres jobbglidning, og annenhver kontroll av pasienter med lav sykdomsaktivitet utføres ofte av en erfaren sykepleier. I denne studien ble alle revmatologer og sykepleiere som hadde gjennomført minst ti videokonsultasjoner, forespurt om å delta i fokusgruppeintervju (n = 15). Alle pasientene som var satt opp til videokonsultasjon i løpet av tre uker i juni 2020, ble forespurt om å besvare et anonymt, digitalt spørreskjema etter konsultasjonen. Konsultasjonene var hovedsakelig halvårslige kontroller for vurdering av sykdomsaktivitet og bivirkninger hos pasienter som bruker immunsupprimerende medikamenter. Pasientene ved poliklinikken er i all hovedsak voksne med artrittsykdommer eller artrose.

VIDEOKONSULTASJONEN

En IT-ansvarlig og en forsker ved sykehuset samarbeidet om å lage tekniske behandler- og pasientveiledere for videokonsultasjonsløsningen til Confrere AS. Erfarne behandlere fikk utdelt nettbrett, hodetelefoner og bærbar pc med tilgang til journal og gjennomførte videokonsultasjonene fra sykehuset eller fra hjemmekontoret. Alle pasienter ble i utgangspunktet satt opp til videokonsultasjon.

Pasientene fikk innkalling per post, og dagen før videokonsultasjonen fikk de en påminnelse på SMS med navn på behandler og en lenke for innlogging. Dersom pasienten ikke ønsket videokonsultasjon, ble konsultasjonen omgjort til telefonkonsultasjon. Dersom telefon- eller videokonsultasjon tilsa at det var behov for fysisk oppmøte på sykehuset for videre undersøkelser eller behandling, kunne pasienten få time på vaktpoliklinikken samme dag eller senest innen to dager.

Videokonsultasjonene ble satt opp med samme varighet og gjennomført på tilsvarende måte som ved fysisk konsultasjon, bortsett fra at man ikke hadde mulighet til fysisk undersøkelse av pasienten. I henhold til vanlig praksis fikk pasientene en lenke til elektronisk egenrapportering av helse- og sykdomstilstand før konsultasjonen, og disse dataene var tilgjengelige for helsepersonell under konsultasjonen.

INTERVJU

To forskere (ATT, NØ) gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer: ett med syv sykepleiere og to med henholdsvis tre og fire revmatologer. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide, der målet var å få frem erfaringer med videokonsultasjoner, dvs. hvilke type konsultasjoner som fungerte godt versus ikke like godt på video og hvilke rammefaktorer som måtte være på plass for at videokonsultasjonen skulle fungere godt. Intervjuene varte omkring 45 minutter. Lydopptak ble innhentet ved hjelp av Nettskjema-diktafon-appen, sendt i kryptert form til Tjenester for sensitive data (TSD) og deretter transkribert.

SPØRRESKJEMA

Alle de 383 pasientene som var satt opp til videokonsultasjon i studieperioden, fikk tilsendt

en SMS etter konsultasjonen med forespørsel om å evaluere den. Meldingen inneholdt lenke til et anonymt spørreskjema (se appendiks) som ble samlet inn ved hjelp av Nettskjema og sendt i kryptert form til Tjenester for sensitive data. Skjemaet inneholdt demografiske og sykdomsrelaterte spørsmål om kjønn, alderskategori, arbeidsstatus (lønnet arbeid: ja/nei), type revmatisk sykdom (reumatoid artritt, spondyloartritt, psoriasisartritt, annen/flere revmatiske sykdommer), sykdomsvarighet (under 1 år, 1–4 år, 5–10 år og over 10 år), sykdomsaktivitet (numerisk skala, 0 = bra/ingen symptomer, 10 = svært dårlig) samt vurdering av revmatisk sykdomstilstand siste uke og om dette ville være akseptabelt eller ikke de nærmeste månedene (Patient Acceptable Symptom State (11): akseptabel vs. uakseptabel).

Videre inneholdt spørreskjemaet spørsmål om type konsultasjon (video, telefon), behandler (lege, sykepleier), om pasienten tidligere hadde vært i kontakt med denne behandleren, hvor konsultasjonen ble gjennomført (hjemme, på jobb, annet sted) og om det var tekniske problemer. På en numerisk skala fra 0 til 10 målte man hvor fornøyd man var med videokonsultasjonen (0 = svært misfornøyd, 10 = svært fornøyd) og hvor egnet den var for konsultasjon (0 = svært uegnet, 10 = svært velegnet).

I tillegg ble pasientenes tilfredshet med behandlingen undersøkt med 11 spørsmål basert på Multi Source Feedback Questionnaire (12). Pasientenes tilfredshet med videokonsultasjon ble undersøkt med syv spørsmål basert på et spørreskjema presentert av Mekhijan (13) og videreutviklet av Barsom (14). Prosjektgruppen oversatte og tilpasset spørsmålene fra disse to skjemaene, som ble besvart på en fempunkts Likert-skala fra helt uenig til helt enig.

ANALYSER

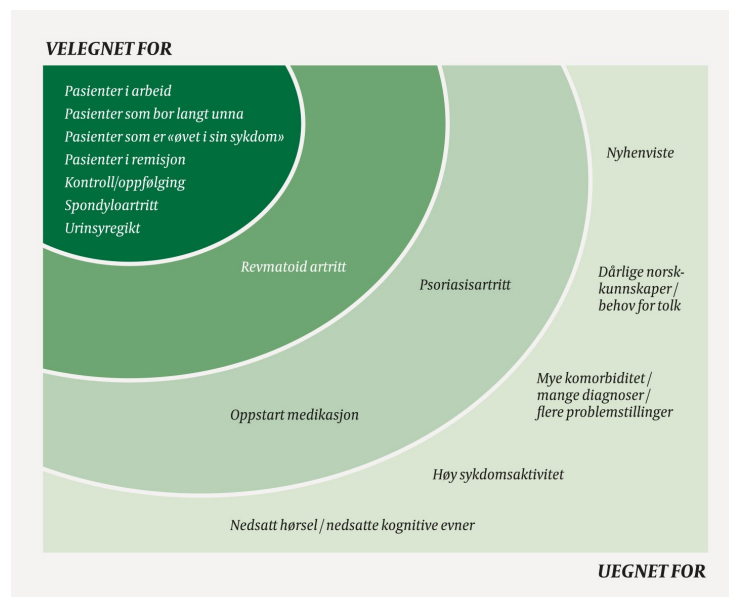
Fokusgruppeintervjuene ble analysert med en kvalitativ innholdsanalyse av to forskere (ATT, NØ). Analysen startet med flere gjennomlesninger av den transkriberte teksten for å få tak i innholdet. I henhold til formålet med studien ble ord, setninger og avsnitt identifisert, tildelt en kode og deretter sortert i hovedkategorier.

Spørreskjemadataene er presentert med beskrivende statistikk ved bruk av IBM SPSS, versjon 26.

Resultater

FOKUSGRUPPEINTERVJU

Alle forespurte behandlere takket ja til deltagelse, men én meldte forfall den aktuelle dagen. Innholdsanalysen resulterte i fire hovedkategorier som belyste problemstillingene: forhold knyttet til pasienten, til behandleren, til konsultasjonen og til teknologi. Hovedkategoriene er beskrevet i teksten og illustrert med sitater. Resultatene er også oppsummert i figur 1.



Figur 1 Forenklet oppsummering av behandlernes erfaringer med hvor egnet videokonsultasjon er for pasienter med revmatisk sykdom, basert på fokusgruppeintervjuer med behandlere ved Diakonhjemmet Sykehus.

Pasienten. De fleste behandlernes erfaringer tilsa at det var en fordel dersom pasienten var fokusert og selv ønsket å gjennomføre konsultasjonen på video.

«De vellykkede videokonsultasjonene er der hvor pasienten er til stede, syns dette er et godt alternativ, fordi de kan ta det i en pause på jobben. Slipper, som en sa, å bruke halve dagen på å reise hit.»

«Det handlet om at han var så ukomplisert. Han satt i et rolig rom, han drev ikke med så mye annet ... [...]... han var så til stede. Og da ble det en veldig bra konsultasjon.»

Alle behandlerne fremhevet at for pasienter som var i arbeid og/eller som hadde lang reisevei, kunne det være en stor fordel å slippe å reise til sykehuset. Samtidig kunne det også være positivt for eldre som slapp å «skrangle seg av gårde til sykehuset» og spørre familiemedlemmer om å kjøre dem eller ordne med taxi.

I forhold til pasientkarakteristika var de fleste behandlerne overrasket over at pasientens alder hadde liten betydning for videokonsultasjonens egnethet.

«... til og med 90-åring som har plagget inn og sittet og pratet som en 20-åring. Det har vært litt overraskende.»

Derimot ble enkelte diagnoser, komorbiditet, høy sykdomsaktivitet, språklige utfordringer eller mange problemstillinger løftet frem som negative faktorer for egnethet. Dette var spesielt knyttet til manglende mulighet for fysisk undersøkelse av pasienten og bekymring knyttet til manglende oppdagelse av pasienter som underrapporterer symptomer.

«Spondyloartritt er veldig mye mer egnet. Og særlig de yngre, det er mye mindre komorbiditet, det er litt mindre støy rundt sykdommen deres sånn sett. Mens det er mer komplisert ved revmatoid artritt og psoriasisartritt. [...] og for de som har revmatoid artritt blandet med artrose i hendene, der er det umulig å si om det er stabilt eller ikke»

«... urinsyregikt-oppfølgingene ... mange kommer jo hver måned, og de syns noen ganger at det er slitsomt, så de er det [videokonsultasjon] jo ideelt for»

Lang sykdomsvarighet ble løftet frem som en positiv faktor, fordi det var enklere å gjennomføre videokonsultasjon med en pasient som var «øvet i sin sykdom» og dermed kjent med begreper, symptomer og sykdomstegn.

Behandleren. Flere av behandlerne understreket at videokonsultasjon burde gjennomføres av erfarne behandlere, siden man må ha god kjennskap til de ulike sykdommene og vite hva man skal spørre om i mangel på mulighet til å kunne undersøke pasienten.

«For du må egentlig kunne se forbi noe. For når du har pasienten på video så er det jo mye du ikke ser. [...]... det rent undersøkelsestekniske blir borte.»

Det ble også løftet frem at det var en fordel dersom behandleren hadde møtt og undersøkt pasienten tidligere og kjente til aktuelle problemstillinger.

Som ramme for god faglighet ble det fremhevet at de som gjennomførte videokonsultasjoner fra hjemmekontor, burde ha mulighet for faglig diskusjon med kollegaer og ha direktenummeret til bakvakt på sykehuset. Flere av behandlerne mente også at det var viktig å ha en veksling mellom videokonsultasjoner og fysiske konsultasjoner i løpet av en arbeidsuke, men ikke innenfor samme arbeidsdag.

«Altså du er veldig fokusert på skjermene dine og å prate med pasientene dine og prøver å bruke all din [behandler]empati ved å se inn i skjermen. [...] Jeg er helt kokt i hodet på slutten av dagen.»

Konsultasjonen. Noen av behandlerne opplevde videokonsultasjonen som mer uformell og at pasientene virket mer avslappet sammenlignet med når de var på sykehuset, mens andre

erfarte at det ble kortere konsultasjoner med strammere regi og mindre småprating på video. Som for behandlerne, ble det trukket frem at også pasientene kunne ha godt av å veksle mellom å ha konsultasjonene på sykehuset og på video.

Ulike konsultasjonstyper ble vurdert som mer eller mindre egnet av behandlerne. Ytterpunktene var oppfølgingskonsultasjoner der pasienter var velbehandlet, hadde lav sykdomsaktivitet og enkle problemstillinger (velegnet) mot konsultasjon med nyhenviste/nysyke pasienter (uegnet). Konsultasjoner med pasienter som hadde nedsatte kognitive evner, nedsatt hørsel, dårlige norskkunnskaper eller behov for tolk ble også ansett som uegnet for videokonsultasjon. Videre ble konsultasjoner med oppstart av medikasjon ansett som mindre egnet.

«Kontroller utmerker seg jo som en klar vinner, altså sånn oppfølging av behandling. Nyhenviste definitivt ikke».

De fleste behandlerne fremhevet også viktigheten av at blodprøvesvar og pasientens elektroniske egenrapportering av helse- og sykdomstilstand var tilgjengelig for behandler før videokonsultasjonen for en helhetsvurdering av pasientens tilstand. Men de opplevde at «... det er utrolig ofte at blodprøver mangler».

Muligheten for å sette opp pasienter på vaktpoliklinikken ble løftet frem som en betryggelse og var viktig i de tilfellene hvor behandler var usikker på pasientens sykdomstilstand.

Flere av behandlerne hadde opplevd forstyrrende faktorer i pasientens bakgrunn, eksempelvis at barn satt på fanget eller lekte i samme rom, at ektefeller gjorde husarbeid eller at pasienten befant seg i en butikk. Erfaringene tilsa derfor at man innledningsvis i samtalen burde be pasienten sette seg på et skjermet sted uten forstyrrelser. Noen av behandlerne trakk også frem viktigheten av at pasienten satt i ro under konsultasjonen.

«Det var en videokonsultasjon hvor pasienten gikk rundt med dette videokameraet ... da blir du litt sånn sjøsyk ...»

Teknologi. Mange av behandlerne hadde opplevd tekniske problemer og fremhevet at dette kunne bidra til stress og lite vellykkede videokonsultasjoner. Ustabil netts og problemer med lyd og bilde var hovedproblemene. Å få et tilfredsstillende oppsett for hjemmekontor (flere/større skjermer, stabil nettforsyning) og tilrettelagte videokonsultasjonsrom på sykehuset ble fremsatt som et behov.

SPØRRESKJEMA

Totalt 139 (36 %) pasienter samtykket til å delta i spørreundersøkelsen, men 21 ble ekskludert fra analysene, siden de ikke hadde gjennomført konsultasjonen (n = 2) eller ble konvertert til telefonkonsultasjon (n = 19). 11 av de 19 skyldtes tekniske problemer underveis, mens 8 ble omgjort i forkant etter ønske fra pasienten.

Ytterligere 32 pasienter oppga tekniske problemer, men fikk likevel gjennomført videokonsultasjonen. Av 118 videokonsultasjoner ble 93 (79 %) gjennomført av revmatolog og 25 (21 %) av sykepleier, og 51 (43 %) av pasientene oppga å ha vært i kontakt med den aktuelle behandleren tidligere.

Tabell 1 presenterer demografiske data for inkluderte deltagere. Det var flest kvinner, og 85 (72 %) av pasientene var i arbeid. Halvparten av pasientene oppga sykdomsvarighet over ti år. 94 (80 %) pasienter vurderte sin sykdomstilstand som akseptabel, og selvrappoert sykdomsaktivitet var lav (median 2 på skala 0–10 (kvartiler 1–5)).

Tabell 1

Demografiske data for pasienter med revmatisk sykdom som besvarte spørreskjema etter

gjennomført videokonsultasjon ved Senter for ortopedi og revmatologi ved Diakonhjemmet Sykehus i tre uker i juni 2020 (n = 118). Antall (%) dersom annet ikke er angitt.

Variabel	Resultat
Kjønn, kvinne	74 (63)
Alder	
20-29 år	5 (4)
30-39 år	16 (14)
40-49 år	31 (26)
50-59 år	35 (30)
60-69 år	24 (20)
70 år og eldre	7 (6)
Er i lønnet arbeid	85 (72)
Revmatisk sykdom	
Revmatoid artritt	46 (39)
Spondyloartritt	27 (23)
Psoriasisartritt	19 (16)
Annen/flere revmatiske sykdommer	26 (22)
Sykdomsvarighet	
Under ett år	4 (3)
1-4 år	29 (25)
5-10 år	26 (22)
Over 10 år	59 (50)
Formålet med konsultasjonen	
Kontroll av pågående behandling	100 (85)
Konsultasjon i forbindelse med nyoppståtte plager	5 (4)
Informasjon om prøvesvar	5 (4)
Annet	8 (7)
Pasientrapportert sykdomsaktivitet ¹ , median (kvartiler)	2 (1-5)

¹Numerisk skala 0-10, der 0 = ingen symptomer

Pasientene var svært fornøyd med videokonsultasjonen (median 10 (kvartiler 8-10)) og syntes videokonsultasjon var svært velegnet for den aktuelle konsultasjonen (median 10 (kvartiler 8-10)). Dette var uavhengig av om de hadde hatt konsultasjon hos revmatolog eller sykepleier.

På spørsmålene om behandlingen var pasientene helt eller delvis enig i at det var enkelt å beskrive sin tilstand (n = 117 (99 %)), stille spørsmål (n = 114 (97 %)), få svar (n = 114 (97 %)) og at behandleren viste interesse for deres helsetilstand (n = 117 (99 %)). De rapporterte at de var helt eller delvis enig i at de var involvert i avgjørelser (n = 105 (89 %)) og videre plan for behandlingen (n = 113 (96 %)), og at de følte seg like godt ivaretatt som ved vanlig konsultasjon på sykehuset (n = 107 (91 %)). 32 (27 %) pasienter syntes det var problematisk å ikke bli undersøkt av behandler. Disse 32 pasientene skåret median 4 (kvartiler 1-7) på sykdomsaktivitet. De 86 (73 %) pasientene som ikke syntes det var problematisk, rapporterte median sykdomsaktivitet på 2 (kvartiler 1-4).

På spørsmålene om tilfredshet med videokonsultasjonen svarte 95 (81 %) pasienter at de var helt eller delvis enig i at det var en fordel at videokonsultasjon sparte dem for tid og reisevei, mens 30 (26 %) savnet konsultasjon med oppmøte på sykehuset. 93 (79 %) pasienter var helt eller delvis enig i at de ønsket fremtidige konsultasjoner på video gitt smittesituasjon som i juni 2020. Det var fortsatt 80 (68 %) pasienter som ønsket fremtidig konsultasjon på video ved ubetydelig smittesituasjonen i samfunnet.

23 (20 %) pasienter rapporterte at de var satt opp til snarlig kontroll på sykehuset. Disse pasientene anga median sykdomsaktivitet på 5 (kvartiler 3-7). De 95 pasientene som ikke var satt opp til snarlig kontroll, anga median sykdomsaktivitet på 2 (kvartiler 1-4).

Diskusjon

Behandlere og pasienter var svært godt fornøyd med videokonsultasjon som alternativ til fysisk oppmøte og mente at videokonsultasjon i mange tilfeller var velegnet. Behandlerne anså at pasienter som er velbehandlet, har enkle problemstillinger og lite komorbiditet egner seg bedre til videokonsultasjoner enn pasienter som er nyhenviste, har komplekse sykdomsbilder eller trenger tolk. De fleste pasientene opplevde seg like godt ivaretatt som ved fysisk oppmøte, og en stor andel av pasientene ønsket å fortsette med videokonsultasjoner.

Funnene i denne evalueringen samsvarer med tidligere studier med høy grad av fornøydhet og ønske om å fortsette med videokonsultasjoner (15, 16). Selv om behandlerne i mange tilfeller uttrykte bekymring for at det undersøkelsestekniske forsvinner ved videokonsultasjon, rapporterte de aller fleste pasientene at de følte seg like godt ivaretatt på video som ved en fysisk konsultasjon på sykehuset.

Det var riktignok 27 % som syntes det var problematisk å ikke bli undersøkt, og i fremtidige studier er det viktig å undersøke hvem disse er. En av fem pasienter ble satt opp til time på vaktpoliklinikken, og disse rapporterte noe høyere grad av sykdomsaktivitet enn dem som ikke ble satt opp. Dette indikerer at behandlerne klarer å fange opp økt sykdomsaktivitet, muligens via pasientens egenrapportering før konsultasjonen eller under konsultasjonen, til tross for manglende mulighet for å gjennomføre en undersøkelse.

I tråd med resultater fra fokusgruppeintervjuene viste en tidligere studie av pasienter med revmatisk sykdom at videokonsultasjon ikke alltid var egnet, som oftest grunnet uklar diagnose eller komplekst sykdomsbilde (15). De fleste pasientene i vår undersøkelse syntes likevel video var velegnet som konsultasjonsform, men dette må tolkes i lys av at majoriteten av dem som besvarte spørreskjemaundersøkelsen, gjennomførte videokonsultasjonen som en oppfølging av pågående behandling og at de i hovedsak hadde lang sykdomsvarighet og lav sykdomsaktivitet. Dette samsvarer med den gruppen som behandlerne mente var mest egnet for videokonsultasjoner. Noe overraskende var det likevel for behandlerne at videokonsultasjon fungerte godt også med eldre pasienter.

En kanadisk studie viste at pasientene som satt sammen med lokal fysioterapeut og hadde videokonsultasjon med revmatolog, hadde tilsvarende nivå av sykdomsaktivitet, selvrapportert funksjon, livskvalitet og grad av fornøydhet ved ti måneders oppfølging som den gruppen som hadde fysisk konsultasjon med revmatolog (17). En svakhet i vår studie er manglende komparative data fra kliniske undersøkelser og ultralydundersøkelse av ledd som kan verifisere pasientens subjektive opplevelse av sykdomsaktivitet og data fra langtidsoppfølging av pasientene.

Det at vi samlet erfaringer fra både behandlere og pasienter, representerer en styrke ved denne studien. Lav svarprosent på spørreskjemaundersøkelsen kan likevel ha ført til seleksjonsskjevhet, ved at det var de mest fornøyde pasientene som besvare undersøkelsen. I tillegg er resultatene i hovedsak begrenset til å gjelde for artrittsykdom og artrose. Vi må også ta med i fortolkningen av resultatene at denne evalueringen ble gjort under en pandemi, selv om det var relativt lite smitte i juni 2020. Det er også mulig at vi kunne fått mer dybde i det kvalitative materialet dersom individuelle intervjuer hadde blitt gjennomført.

Med dagens moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi har vi store muligheter til å utforske andre måter å tilby helsehjelp på. Digitale alternativer til fysisk oppmøte er i tråd med politiske føringer om å skape pasientens «digitale helsetjeneste» med løsninger som gir pasienter en enklere hverdag. E-helse kan hjelpe mennesker til å mestre livet med sykdommer og funksjonsnedsettelse – uten at de trenger å møte opp på sykehuset og bli minnet på at de har en sykdom. I dette ligger det en forventning om at pasienten skal kunne være mer hjemme og tilbringe mindre tid på sykehus. Dette vil også kunne spare tid og kostnader for pasientene, som slipper å ta seg fri fra jobb og reise til sykehuset for å få helsehjelp.

KONKLUSJON

Denne evalueringen viste at både behandlere og pasienter var svært fornøyde med videokonsultasjoner for oppfølging av personer med revmatisk sykdom, men i overkant av en fjerdedel av pasientene syntes det var problematisk å ikke bli undersøkt. Behandlerne mente at videokonsultasjoner egner seg best til oppfølging av velbehandlede pasienter med lite komorbiditet og enkle problemstillinger og når det ikke er behov for klinisk undersøkelse eller tiltak.

HOVEDFUNN

Behandlere syntes videokonsultasjon i mange tilfeller var et godt alternativ til fysisk oppmøte for pasienter med revmatisk sykdom.

91 % av pasientene som svarte på spørreskjemaet, følte seg like godt ivaretatt av behandler i videokonsultasjonen som ved fysisk oppmøte.

To tredjedeler av pasientene ønsket å fortsette med videokonsultasjon også ved en ubetydelig smittesituasjon i samfunnet.

LITTERATUR:

1. Meld.St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> Lest 20.10.2020.
2. Direktoratet for e-helse. Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022> Lest 20.10.2020.
3. Accenture. Digitale legetimer skyter fart – er det riktig behandling? https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-85/Accenture-Digitale-Legetimer-Skyter-Fart-Report.pdf#zoom=50 Lest 20.10.2020.
4. Akintayo RO, Akpabio AA, Kalla AA et al. The impact of COVID-19 on rheumatology practice across Africa. *Rheumatology (Oxford)* 2021; 60: 392–8. [PubMed][CrossRef]
5. Nune A, Iyengar K, Ahmed A et al. Challenges in delivering rheumatology care during COVID-19 pandemic. *Clin Rheumatol* 2020; 39: 2817–21. [PubMed][CrossRef]
6. Johansson AM, Lindberg I, Söderberg S. Patients' experiences with specialist care via video consultation in primary healthcare in rural areas. *Int J Telemed Appl* 2014; 2014: 143824. [PubMed][CrossRef]
7. Johansson AM, Söderberg S, Lindberg I. Views of residents of rural areas on accessibility to specialist care through videoconference. *Technol Health Care* 2014; 22: 147–55. [PubMed][CrossRef]
8. Poulsen KA, Millen CM, Lakshman UI et al. Satisfaction with rural rheumatology telemedicine service. *Int J Rheum Dis* 2015; 18: 304–14. [PubMed][CrossRef]
9. McDougall JA, Ferucci ED, Glover J et al. Telerheumatology: A systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2017; 69: 1546–57. [PubMed][CrossRef]
10. Piga M, Cangemi I, Mathieu A et al. Telemedicine for patients with rheumatic diseases: Systematic review and proposal for research agenda. *Semin Arthritis Rheum* 2017; 47: 121–8. [PubMed][CrossRef]
11. Salaffi F, Carotti M, Gutierrez M et al. Patient acceptable symptom state in self-report questionnaires and composite clinical disease index for assessing rheumatoid arthritis activity: Identification of cut-off points for routine care. *BioMed Res Int* 2015; 2015: 930756. [PubMed][CrossRef]
12. Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S et al. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med* 2014; 89: 511–6. [PubMed][CrossRef]
13. Mekhjian H, Turner JW, Gailiun M et al. Patient satisfaction with telemedicine in a prison environment. *J Telemed Telecare* 1999; 5: 55–61. [PubMed][CrossRef]
14. Barsom EZ, Jansen M, Tanis PJ et al. Video consultation during follow up care: effect on quality of

care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer. *Surg Endosc* 2021; 35: 1278–87. [PubMed][CrossRef]

15. Kulcsar Z, Albert D, Ercolano E et al. Telerheumatology: A technology appropriate for virtually all. *Semin Arthritis Rheum* 2016; 46: 380–5. [PubMed][CrossRef]

16. Shenoy P, Ahmed S, Paul A et al. Switching to teleconsultation for rheumatology in the wake of the COVID-19 pandemic: feasibility and patient response in India. *Clin Rheumatol* 2020; 39: 2757–62. [PubMed][CrossRef]

17. Taylor-Gjevre R, Nair B, Bath B et al. Addressing rural and remote access disparities for patients with inflammatory arthritis through video-conferencing and innovative inter-professional care models. *Musculoskelet Care* 2018; 16: 90–5. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 19. mai 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0882

Mottatt 2.11.2020, første revisjon innsendt 16.1.2021, godkjent 24.3.2021.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no