



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Endringer i klinisk praksis som en konsekvens av covid-19-pandemien

Hanne Koht Johansen

Masteroppgave i Medisin profesjonsstudium MED-3950-1 Juni 2022

Forord

Lakselvdalen, 31.05.22

Hanne Koht Johansen

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke endringer som oppsto i legers og fysioterapeuters kliniske praksis under covid-19-pandemien, og på hvilke måter ble endringene gjennomført. Det har vært en krevende prosess å jobbe med masteroppgaven som fulltidsstudent på medisinstudiet og som småbarnsmor, men det har også vært lærerikt og spennende. E-konsultasjoner er en kommunikasjonsform som blir mer aktuell i tiden framover, og jeg synes det er interessant å høre synspunkter til framtidige kollegaer og samarbeidspartnere.

Jeg vil takke deltakerne som stilte opp til intervju og delte sine erfaringer og refleksjoner med meg. Jeg vil også takke min samboer og familie, som har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette. Tusen takk for all hjelp og oppmuntring på veien.

Ikke minst vil jeg rette en stor takk til min veileder Trine Stub for mange gode råd og veiledning hele veien. Takk for at du har hatt tro på at jeg kommer i mål med oppgaven, og bidratt med stor motivasjon og faglig støtte.

Etter avtale med veileder ser vi for oss at vi skriver en vitenskapelig artikkel basert på denne studien, og publiserer i Tidsskriftet for Den norske legeförening. Hanne er førsteforfatter og Trine er sisteforfatter, hvor Trine vil lede dette arbeidet.

Innhold

Sammendrag	4
Innledning.....	7
Symptomer og sykdomsforløp	7
Situasjonen i Norge	7
Situasjonen i andre land	8
Konsultasjoner.....	8
Problemstilling	9
Material og metode.....	10
Design.....	10
Kvalitativ metode	10
Helsevesenet i Norge.....	10
Intervju som metode og intervjuguide.....	11
Rekruttering og informert samtykke	11
Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
Deltakerne	12
Datasamling.....	13
Dataanalyse	13
Etiske vurderinger	14
Resultat.....	15
Beskrivelse av deltakerne	15
Tema 1: Endringer i klinisk praksis.....	15
Praktiske og kliniske forandringer.....	15
Tema 2: Den kliniske samtalen	18
Å kartlegge problemet.....	18
Relasjonen mellom pasient og terapeut.....	18
Formidling av informasjon.....	19
Tema 3: Pasientsikkerhet.....	20
Etiske utfordringer.....	20
Tekniske utfordringer	21
Tema 4: Veien videre	21
Diskusjon.....	23

Referanser.....	29
Tabeller.....	32
Figurer	33

Sammendrag

Denne studien er basert på en undersøkelse av endringene som oppsto under koronapandemien, med tittelen «Endringer i klinisk praksis som en konsekvens av covid-19-pandemien». Studien handler om hvordan fysioterapeuter og legers arbeidshverdag ble forandret, hvilke tiltak som ble innført og hvordan det påvirket dem. Hvordan de opplevde disse endringene, og hvordan de klarte å følge opp sine pasienter. Det overordnet målet med denne studien var å undersøke hvordan leger og fysioterapeuter utførte pasientkonsultasjoner, og hvordan de opprettholdt pasientkontakt da Norge stengte ned på grunn av covid-19-pandemien i Norge.

Studien er utført med kvalitativ metode og semi-strukturerte intervjuer med til sammen 10 deltakere, derav 6 leger og 4 fysioterapeuter. Det er en fin måte å undersøke noe man vet lite om fra før. Deltakerne jobbet i forskjellige kommuner i Nord-Norge. Hovedfunn i studien er at alle intervjuede leger og fysioterapeuter benyttet seg av e-konsultasjoner da Norge stengte ned grunnet pandemien. De aller fleste syntes dette var en god løsning fordi det var både tidsbesparende og effektivt. Deltakerne syntes hovedutfordringen var at de mistet en stor del av det kliniske bildet ved e-konsultasjoner, og fysioterapeutene mente det å miste fysisk behandling rammet pasientene hardt med tanke på post-operativ oppfølging.

Begrepsavklaring

Covid-19

Covid-19 er navnet på sykdommen som er forårsaket av det sist oppdagede koronaviruset SARS-CoV-2 (1).

Koronavirus

Koronavirus er et begrep som blir brukt for å omtale det nye viruset, men det fins flere typer koronavirus. Dette forklares nærmere i innledningen. På norsk skrives korona med k, og samme er det med begrepet koronavirus.

Pandemi

Ifølge store norske leksikon er pandemi et begrep som blir benyttet for å beskrive en sykdom som rammer mange mennesker og går utover et stort geografisk område. I min oppgave bruker jeg begrepet covid-19-pandemien, som er et sammensatt ord for å beskrive sykdommen covid-19 som ble erklært en pandemi 12.mars 2020.

Klinisk praksis

I min oppgave brukes begrepet «klinisk praksis» både i overskrift og problemstilling. Med begrepet «klinisk praksis» mener jeg den kontakten leger og fysioterapeuter utøver med sine pasienter. Herunder både behandling og oppfølging, og om kontakten med pasientene er enten fysisk eller digital.

E-konsultasjon

Helsenorge forklarer e-konsultasjon som en konsultasjon som gjennomføres via internett, ved hjelp av lyd, video eller tekst-samtale. Dette er en tjeneste som kan brukes når det ikke kreves fysisk oppmøte.

Koronakommisjonen

Jeg henviser i min oppgave til en rapport skrevet av koronakommisjonen. Dette er en uavhengig kommisjon som ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2020 for å gjennomgå og evaluere sider ved myndighetenes håndtering av koronapandemien (2).

Innledning

Koronavirus er en stor familie av virus som forårsaker sykdom hos mennesker og dyr (3). De er kjent for å skape infeksjoner i luftveiene, alt fra mild forkjølelse til de mer alvorlige sykdommene som Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) og Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Covid-19, først kjent som 2019-nCoV (4), er navnet på sykdommen som er forårsaket av det siste oppdagede koronaviruset SARS-CoV-2 (1). Dette er en smittsom sykdom hos mennesker som inntil desember 2019 var ukjent for verden, da det brøt ut i Wuhan, Kina. 7. januar 2020 ble viruset identifisert av kinesiske myndigheter (5). I ettertid har det spredt seg til store deler av verden, og 12. mars 2020 erklærte verdens helseorganisasjon (WHO) covid-19 som en pandemi (6).

Symptomer og sykdomsforløp

Generelt er covid-19 en akutt sykdom. I alvorlige tilfeller kan sykdommen imidlertid føre til død som følge av massiv alveolær skade og progressiv respirasjonssvikt (7). Covid-19 har en dødelighet på omtrent 3-7% (8) sammenlignet med influensa som har en dødelighet på mindre enn 1%. Viruset smitter på tre måter (5). 1) Gjennom luften, ved nysing eller hosting. 2) Ved direkte kontakt overføres viruset via hendene til slimhinner. 3) Ved indirekte kontakt, der viruset er overført til gjenstander samt via direkte kontakt eller luften. Foreløpig er det ingen effektiv behandling mot covid-19. I påvente av at vaksiner ble tilgjengelige, fokuserte folkehelsestrategiene på å forhindre eller bremse videre overføring av viruset. Foreslåtte strategier var hyppig håndvask, bruk av ansiktsmasker, sosial distansering og hjemmekarantene.

Situasjonen i Norge

12. mars 2020 vedtok norske myndigheter en landsdekkende nedstenging, inkludert stenging av barnehager og skoler (9). Befolkningen fikk beskjed om å ikke forlate hjemmet sitt med mindre det var høyst nødvendig. Alt fra de minste ærend på butikkene, til å gå på besøk til naboen eller besøke familien som bodde i nabokommunen ble regulert. Man skulle holde avstand til andre, vaske hendene jevnlig og holde seg hjemme hvis man var syk. Der det var mulig, ble de ansatte instruert om å jobbe hjemmefra. 16. mars 2020 vedtok helsedirektoratet stenging av en rekke virksomheter slik som fysioterapeuter, kiropraktorer, optikere, psykologer med flere (10). Dette var med mindre de kunne ivareta helsemyndighetenes pålegg om smittevern, herunder å unngå fysisk personkontakt med mindre enn 2 meters avstand og

med varighet over 15 minutter. Allmennlegetjenesten ble også anbefalt å innføre nødvendige smitteverntiltak for å begrense smittespredning på fastlegekontoret (11). Dette innebar blant annet at pasienter ikke skulle oppsøke fastlegekontoret unødvendig. Man ønsket færrest mulig pasienter samtidig på venterommet med minst 1 meters avstand. Hvis mulig skulle pasientene vente utenfor legekontoret i egen bil.

Situasjonen i andre land

En gjennomgang av forskning viser at ulike land valgte ulike strategier og tiltak under pandemien. Nabolandene Norge og Sverige innførte begge de generelle smitteverntiltakene som hyppig håndvask, isolering ved påvist smitte av covid-19 samt å jobbe hjemmefra og unngå unødig reise (12). I motsetningen til Norge så stengte ikke Sverige ned barnehager, skoler, treningssentre og andre institusjoner. Tross for ulik tilnærming til pandemien, hadde befolkningen i både Sverige og Norge høy tillitt til helsesystemene og flertallet fulgte de rådene som ble gitt av sin regjering. Danmark og Serbia hadde også en streng tilnærming til pandemien (13), i større grad enn Norge. Danmark innførte generelle smitteverntiltak, som streng håndhygiene, begrense fysisk kontakt og holde avstand, samt 14 dagers karantene ved hjemreise tidlig i pandemien. Tiltak som å stenge ned barnehager, skoler, universiteter og andre bedrifter ble innført senere i forløpet.

Serbia har et svakere velferdstilbud og et mer ustabil helse-system enn de Nordiske landene. Likevel hadde Serbia de strengeste restriksjonene i Europa. Fra 15. mars 2020 innførte Serbia 14-dagers karantene hvis man hadde vært reisende i land registrert som *høy risiko for covid-19*. Senere ut i pandemien stengte landet ned landegrensene helt.

Konsultasjoner

Konsultasjoner med pasienter er en viktig del av helsetjenesten. Kringlen og Finset (14) utviklet en modell for klinisk konsultasjoner med vekt på tre funksjoner: 1) kartlegge pasientens problem, 2) opprettholde terapeut – pasient forholdet, og 3) informere og sette i gang behandling. De koblet funksjonene 1) og 3) til oppgaveorienterte forhold og 2) til emosjonelle forhold. Basert på forskning argumenterer de for at pasientorientert medisin bør inneholde både oppgaveorienterte og emosjonelle aspekter. Dette kan forstås på samme måte som forskjellen mellom "kurering" og "helbredelse". Kurering refererer til en vellykket behandling av en bestemt tilstand [...] Healing, derimot, refererer til hele personen, eller at hele kroppen forstås som et integrert system med både fysiske og åndelige egenskaper (15).

Ifølge Helman (16) er både kurering og helbredelse inkludert i praktisk klinisk arbeid. Kliniske konsultasjoner i konvensjonelle, så vel som komplementære behandlingssituasjoner, kan forstås som helbredende ritualer. Ritualer og symbolske handlinger som utføres som en del av konsultasjonen øker pasientens tillit til terapeuten og gir behandlingen gyldighet. Dette bidrar til helbredelse (16). En systematisk oversikt, utført av Di Blasi et al. (17), undersøkte hvordan andre faktorer enn de rent medisinske påvirket møte mellom leger og pasienter. De argumenterte for mer fokus på forskning på de menneskelige sidene av behandlingen for å oppnå bedre kvalitet i helsetjenestene. Videre understreket de viktigheten av å studere samspillet mellom terapeuter og pasienter i konvensjonell behandling. Dette må undersøkes videre gjennom både kvalitative og kvantitative studier.

Nedstenging av samfunnet har store konsekvenser for samfunnet og for helsevesenet, og ikke minst for pasientene som har behov for helsehjelp. På helsenorge.no står det beskrevet hvordan man kan få helsehjelp hjemme, via såkalt e-helse-tjenester (18). Helsetjenesten ble oppfordret til å bruke videokonsultasjoner og andre digitale verktøy for å unngå smittespredning (19).

Problemstilling

På grunn av covid-19 situasjonen ble helsepersonell oppfordret til å benytte e-konsultasjoner i møte med pasienter. I denne studien ønsket jeg å undersøke hvordan leger og fysioterapeuter i Nord-Norge utførte pasientkonsultasjoner, og hvordan deltakerne opprettholdt pasientkontakt da Norge stengte ned på grunn av COVID-19? Jeg ønsket å undersøke hvilke mulige endringer som fungerte og hvilke som ikke fungerte i møtet med pasienter og hvilke endringer som deltakerne ønsket å ta med seg videre etter at pandemien var over.

Jeg tok utgangspunkt i tre kriterier som kjennetegner en god konsultasjon ifølge Kringlen (14) og undersøkte om disse kriteriene ble ivaretatt i pasientkonsultasjoner som ble gjennomført under pandemien. Følgende kriterier ble benyttet: 1. Var det fokus på pasientens helseproblem? 2. Hvordan ble pasient-terapeut relasjon ivaretatt? 3. Hvordan ble pasientinformasjonen formidlet og hvordan ble behandlingen gjennomført?

Material og metode

Design

Dette er en kvalitativ studie med semi-strukturerte individuelle intervju som metode.

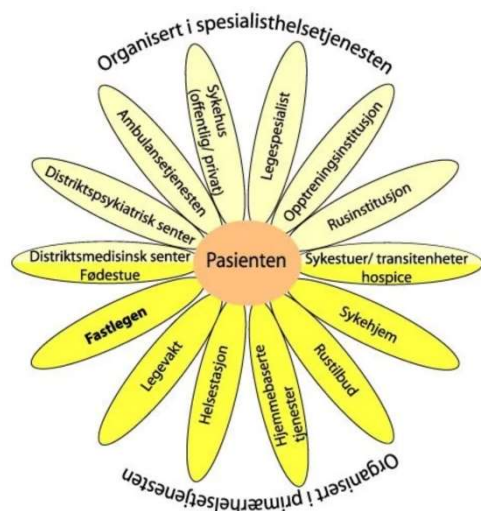
Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer (20). Metoden fokuserer på innhold og mening, og kan bidra til bedre forståelse om helse (21).

Helsevesenet i Norge

Alle folkeregistrerte mennesker i en norsk kommune har rett til fastlege (22). I tillegg har asylsøkere med d-nummer, NATO-personell med d-nummer og utsendt personell ved utenlandske representasjoner i Norge rett til fastlege. I forannevnte grupper er også deres familier inkludert. Øvrige personer med d-nummer som ikke oppfyller vilkår for tildeling av ordinert fødsels- og personnummer, har ikke rett til fastlege, men de har krav på nødvendig helsehjelp, og det er kommunene som er ansvarlige for denne type hjelp. Fastlegen er ofte den første kontakten med helsevesenet i Norge, og alle som ønsker det, har en navngitt fastlege etter fritt valg (23). Fastlegen er den som har ansvaret på dagtid for sine pasienter på sin liste, også øyeblikkelig hjelp. Det er samarbeid mellom fastlegen og øvrige tjenester innen primærhelsetjenesten, slik som sykehjem, helsestasjon, kommunal rusomsorg mfl. Hvis det oppstår akutt sykdom eller skade utenom ordinær kontortid, er det legevakt som kontaktes, ev. 113 ved behov for medisinsk nødhjelp. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenestene som omfatter blant annet fastlegen, legevakt og hjemmebaserte tjenester. Fastlegen kan henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten, alt etter hva pasienten trenger av utredning eller behandling. Det kan være private spesialister eller offentlige spesialister som arbeider ved medisinske sentre eller poliklinikker. Primær- og spesialisthelsetjeneste er samlokaliserte ved distriktsmedisinske sentre. Der jobber det fastleger, legespesialister, fysioterapeuter og andre yrkesgrupper. Distriktpsikiatrisk senter tilbyr spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern, der pasienter både kan få dagbehandling eller innleggelse. De 4 regionale helseforetakene (Helse Nord, Helse Midt-Norge, helse Vest og Helse Sør-Øst) har ansvar for spesialisthelsetjenesten og for pasienter i sin helseregion, samt at de eier de offentlige sykehusene i regionen som igjen er organisert i helseforetak.

Grunnstrukturen i helsetjenesten



Figur 1: En generell og overordnet oversikt av primær- og spesialisthelsetjenestens inndeling

Intervju som metode og intervjuguide

Det finnes flere metoder for å gjøre datainnsamling, der intervju er en metode (24). Gjennom intervju kan man få et beskrivende datamateriale ved et relativt lite utvalg deltagere. I denne studien vil vi benytte semi-strukturerte intervju. Intervjuguiden ble utviklet av meg og min veileder basert på vår kunnskap om eksisterende litteratur på feltet. Semi-strukturerte intervju benyttes ofte når man ønsker å undersøke deltakernes egne perspektiver og erfaringer (25). Intervjuet startet med at deltakerne fikk fortelle om seg selv og sin bakgrunn. Deretter ble spørsmålene strukturert slik at alle deltakerne fikk de samme spørsmålene, som gjorde materialet sammenlignbart. Deltakerne fikk mulighet å svare fritt, slik at det ved noen tilfeller ble endret rekkefølge på spørsmålene. Ved utvikling av intervjuguiden ble det lagt vekt på at intervjuene skulle ligne en normal samtale, og de ble gjennomført som telefonintervju. Det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert. Intervjuguiden ble ikke testet før bruk, den er lagt til som vedlegg.

Rekruttering og informert samtykke

Det ble rekruttert 10 (n=10) deltagere til denne studien. Deltakerne ble rekruttert blant kollegaer fra min praksisperiode (femte studieår). Det ble også sendt ut epost til samtlige legekontor og fysioterapeutklinikker på ulike arbeidsplasser i fire kommuner i Nord-Norge. Jeg henvendte meg flere ganger til lederne ved kontorene/klinikkene, som igjen sendte e-posten videre til sine ansatte. Noen kontor var kjente for meg fra før, mens andre ble funnet på

Internett. I e-posten som ble sendt ut forklarte jeg kort hva studien gikk ut på, og et samtykkeskjema ble inkludert som vedlegg. Samtykkeskjemaet informerte deltakerne om studiens hensikt og formål, og hvilke kjernesporsmål jeg ville fokusere på. På denne måten ble 8 deltakere rekruttert til studien. To av deltakerne ble rekruttert gjennom bekjente.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

- Offisielt godkjent helsepersonell som lege eller fysioterapeut med praksis i Nord-Norge.
- I klinisk praksis i perioden Norge var nedstengt fra 16. mars 2020, samt videre under covid-19-pandemien.
- De som ikke var i klinisk praksis under covid-19-pandemien grunnet forskning, videreutdanning, permisjon eller andre årsaker ble ekskludert fra studien.

Deltakerne

Deltakerne er utdannet helsepersonell som jobber som fysioterapeut eller lege. De jobber i 4 forskjellige kommuner i Nord-Norge. De fleste av deltakerne jobbet i offentlig sektor. Jeg har valgt ut disse to gruppene av helsepersonell fordi de utfører sine pasientkonsultasjoner på litt ulikt vis. Fysioterapeuter har mye fysisk kontakt med pasientene sine under konsultasjonene. Legene har både samtaler og fysiske konsultasjoner alt ettersom hva som er problemstillingen.

Tabell 1: Oversikt over deltakernes demografiske data

Kjønn	
Menn	N=4
Kvinner	N=6
Alder	
45,8 år (gjennomsnitt)	Rang (32- 62 år)
Yrke	
Lege	N=6
Fysioterapeut	N=4
År i klinisk praksis	
0-10 år	N=3
11-20 år	N=3
21-30 år	N=3
31-40 år	N=1

Antall pasienter per uke	
0-20	N=4
21-40	N=0
41-60	N=5
Ukjent antall	N=1
Sektor	
Privat	N=1
Offentlig	N=9
Område	
Distrikt	N=10
Småby	N=0
Storby	N=0

Datasamling

Jeg gjennomførte intervjuene med deltakerne på dagtid (n=9) og kveldstid (n=1), i tidsrommet desember 2021 - mai 2022. Alle intervjuene ble gjort over telefon. Fire intervjuer ble gjennomført hjemmefra, 2 på UiT – Norges arktiske universitet 2 på arbeidsplassen og 2 i bil. Ingen andre var til stede da intervjuene ble gjennomført. Gjennomsnittlige tid det tok å gjennomføre intervjuene var 25,5 minutter (rang 15-39 minutter). Deltakerne ble også informert om at intervjuet ble tatt opp på bånd for senere å bli transkribert. Det at intervjuene ble tatt opp på bånd, gjorde at jeg kunne konsentrere meg om samtalen. Det ble da lettere å stille relevante oppfølgingsspørsmål, og etter hvert som jeg gjorde flere intervjuer, ble også flyten i samtalen bedre.

Dataanalyse

Intervjuene ble transkribert ordrett av meg umiddelbart etter gjennomført intervju. Deretter skrev jeg sammendrag (case summerier (26)) av hvert enkelt intervju basert på tema fra intervjuguiden og hva deltakerne hadde uttrykt i intervjuene. Sammendragene ble lest og kommentert av veileder som kom med innspill til analysen og deretter ble materialet organisert i tema. Temaene ble deretter organisert i 4 hovedtema: 1. *Kliniske endringer*. 2. *Den kliniske samtalen*. 3. *Pasientsikkerhet* og 4. *Veien videre*. I tillegg til 5 undertema: *Praktiske og kliniske endringer; kartlegging av symptomer; relasjonen mellom pasient og*

terapeut; formidling av informasjon; etiske og tekniske utfordringer. Transskriptene ble ikke sendt tilbake til deltakerne.

Tabell 2: Oversikt over hovedtema og undertema i denne studien

Tabell 2. Oversikt over hovedtema og undertema i denne studien	
Hovedtema	Undertema
Kliniske endringer	Praktiske og kliniske forandringer
Den kliniske samtalen	Kartlegging av symptomer Relasjonen mellom pasient og terapeut Formidling av informasjon
Pasientsikkerhet	Etiske og tekniske utfordringer
Veien videre	

Etiske vurderinger

Før deltakerne blir inkludert i studien ble de informert om hensikten med studien. Deltakerne ble opplyst om at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten konsekvenser for dem. Alle deltakerne signerte det informerte samtykke før gjennomføring og opptak av intervjuene. For å beskytte identitet til deltakerne og sikre anonymitet fikk hver deltaker et identifikasjonsnumre (ID). De virkelige navnene til deltakerne er ikke benyttet i denne oppgaven. Denne studien er helsetjenesteforskning. Studien er derfor registrert ved Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) med følgende nummer: (890702). Denne studien er gjennomført i tråd med standarden til Helsinki Deklarasjonen fra 1975, som ble oppdatert i 2013 (27).

Resultat

Beskrivelse av deltakerne

Alle deltakerne var offisielt godkjent helsepersonell (n=10), og de jobbet enten som fysioterapeuter (n=4) eller leger (n=6). Gjennomsnittlig alder på deltakerne var 46 år. Det var totalt seks kvinner (n=6) og fire menn (n=4). Fem leger jobbet som allmennleger, en var under spesialisering i allmennmedisin og tre var ferdige allmennlegespesialister. En deltaker jobbet i tillegg som kommuneoverlege, mens en lege var i spesialisering innen psykiatri. År i klinisk praksis fordelte seg over 0-30 år, med 3 deltakere i hver kategori. En deltaker hadde mer enn 30 års erfaring fra klinisk praksis. Fire av deltakerne hadde 0-20 konsultasjoner i uken, fem deltakere hadde 41-60 pasienter pr uke. Ni av deltakere jobbet i offentlig sektor, og en jobbet i privat sektor.

Tema 1: Endringer i klinisk praksis

Det ble utarbeidet en felles strategi for to kommuner i Nord-Norge som gjaldt fra 16. mars 2020. Den gikk ut på at alle konsultasjoner i utgangspunktet skulle være e-konsultasjoner/digitale konsultasjoner, som kunne bli gjort om til fysiske konsultasjoner hvis legen mente det var nødvendig (ID3). Det ble også utarbeidet retningslinjer i tråd med veilederen fra Helsedirektoratet ved flere klinikker (se introduksjonen) (ID4). Flere deltagere opplevde også en klar nedgang i antall konsultasjoner i første del av pandemien (ID2, ID5, ID10). En årsak til dette mente de kunne være at pasienter ventet med å gå til legen for å ikke overbelaste helsevesenet, som også var en oppfordring tidlig i pandemien fra Folkehelseinstituttet.

Praktiske og kliniske forandringer

Noen kontor stengte for fysiske pasientmøter (ID8). Konsultasjonene ble drastisk redusert, alt av kontroller, oppfølging og sykemeldinger ble gjort digitalt (ID10). Flere legekantor innførte kohorter med faste team av leger og sykepleiere (ID1, ID5, ID10) og pasienter ventet ute i egen bil (ID1, ID2, ID3, ID4, ID5). Andre pasienter enn de med luftveissymptomer benyttet venterommet (ID1, ID10), der de fikk munnbind og tilgang til håndsprit (ID1, ID6, ID7, ID10). ID3 og ID5 forklarte at det tok ti dager før smitte-rommet var på plass og før det ble pasienter med luftveissymptomer undersøkt i bilene sine. I en kommune ble alle med luftveissymptomer tatt imot ved et etablert luftveismottak i nabokommunen (ID5). Ventilasjonen ble også bygd om (ID10), og pasienter ble undersøkt med fullt

beskyttelsesutstyr. Flere kontor fjernet møbler og brosjyremateriale og satt inn stoler, slik at det ble et sterilt miljø (ID5). En deltaker (ID2) jobbet på sykehus hvor de begrenset antall pasienter på venterommet til 4. Det ble også mer rengjøring mellom hver pasient, og det er det fortsatt (ID4, ID7). Pasientene ble screenet på telefon av sekretær i forhold til luftveissymptomer og reise (ID2, ID3). Timebøkene ble gjennomgått hver dag og det ble bestemt hva som kunne løses over telefonen. To deltakere (ID2) og (ID3) forklarte at *ofte ble timelistene halvert etter dette tiltaket*. Noen praktisert oppmøtetider for å få færrest mulig pasienter samtidig. I tillegg hadde flere legekontor låst kontordør (ID3, ID8).

Mange av deltakerne (ID1, ID2, ID3, ID5, ID6, ID7, ID8, ID10) fortalte at de gjennomførte flest mulig konsultasjoner på telefon, av smittevernårsaker. Videokonsultasjoner, derimot ble mest brukt til møtevirksomhet, for eksempel NAV (ID2). Det ble opplevd som hensiktsmessig å bruke telefonen, bortsett fra konsultasjoner med pasienter som har symptomer man behøver å undersøke fysisk, for eksempel pasienter med eksem (ID1). *Jeg merket at samtalen ble det viktigste* [i en telefonkonsultasjon, HJKs kommentar]. En av deltakerne var akkurat kommet tilbake fra foreldrepermisjon da pandemien startet. Det var derfor mange førstegangssamtaler med pasienter, noe deltakeren syntes var utfordrende. *Det var vanskelig å få god kontakt, å gjøre gode vurderinger og lese pasienten. Det å ha videokonsultasjoner etter å ha møtt pasienten fysisk, fungerer mye bedre*. En annen deltaker mente at telefonkonsultasjoner kan løse det meste, men at det kan være utfordrende for de som hører dårlig eller har dialekter som er vanskelig å forstå. På den annen side kan også pasienter foretrekke tilrettelagte løsninger dersom de har lang reisevei, slik mange som bor i distriktskommuner har. Samtidig er det *også viktig å bevare fagligheten vår og at pasientene forstår at ikke alt kan gjøres på telefon*, argumenterte (ID2).

De fleste pasienter holdt seg hjemme, bare pasienter med alvorlig pneumoni eller andre alvorlig syke som måtte undersøkes av lege kom på kontoret (ID1). *Vi var veldig strenge*, uttalte (ID2, ID3). Noen legekontor hadde ikke mulighet til å legge til rette for e-konsultasjoner på grunn av journalsystemet (ID1), eller at det tok tid til å få det tekniske til å fungere (ID3). Flere deltakere benyttet også elektronisk meldetjeneste, for eksempel e-brev til pasienter via Helse Norge (ID1, ID2, ID3).

Ifølge kommuneoverlegen, følte mange leger seg alene under pandemien. Det å sitte foran en skjerm kunne være demotiverende for mange. For å gjøre telefonkonsultasjoner mer attraktive for legene, har Helfo i ettertid gjort endringer i takstene for telefonkonsultasjoner. Før pandemien fikk man lav takst for telefonkonsultasjoner, men nå er taksten økt.

Fysioterapeuter:

For fysioterapeutene tok det tid før videokonsultasjonene var på plass (ID4). Deres praksis ble også nedstengt i 5 uker da pandemien brøt ut. ID9 fortalte at de måtte sende hjem alle pasientene de hadde på rehabilitering, og da pasientene ble tatt inn igjen var det med reduserte grupper (fra 12 til 4-6 deltakere). Fysioterapeutene erfarte at det var mye behandling man kunne gjøre digitalt, og det var mer enn de i utgangspunktet trodde. Pasienter de hadde sett og undersøkt før pandemien, kunne de veilede over video (ID9). En fysioterapeut forklarte at en del av jobben var hjelpemiddelformidling og det gikk greit på telefon (ID4). Det å gjøre gang- og stillingsanalyse var ikke mulig over telefon, men over video (ID4 og ID8).

Fysioterapeutene satt fram krakker før hver gruppetrening, slik at pasientene ikke skulle stå i kø på vei inn, og alt måtte sprites mellom hver økt. Alt dette var tidkrevende, og det ble slitasje på utstyret som ble spritet om og om igjen. De pasientene som var inne på rehabilitering kunne man ikke undersøke fysisk på grunn av kravet om 2 meters avstand. Lungepasienter var en spesielt utsatt gruppe som har behov for fysisk undersøkelse. En viktig del av fysioterapeutenes undersøkelse er å holde hendene på brystkassen, for å kjenne hvordan man skulle behandle med tanke på slimprovoserende behandling. *Denne undersøkelsen var ikke mulig å gjennomføre*, forklarte (ID9).

ID6 har 70% postoperative pasienter som har lidd mye under pandemien og disse tiltakene. Flere hadde fått skulder eller kneproteser før pandemien, og slike pasienter var det viktig å ta hånd om. De trenger aktiv trening, passiv benkbehandling og mobilisering som man ikke kan gjøre via videomøter. Man mistet veiledningen og muligheten til fysisk behandling. Det ble erfart at dette rammet pasientene uheldig, og flere pasienter måtte for eksempel opereres på nytt. ID7 forklarte at hun hatet videokonsultasjoner. Hun hadde mange eldre pasienter som var under rehabilitering og det ble utfordrende å veilede gjennom telefonen med tanke på øvelser. Det var krevende å bruke munnbind for alle, men spesielt vanskelig var det for eldre som hørte dårlig, og som var avhengig av å lese på munnen for å forstå. En fysioterapeut forklarte hvor vanskelig det var som omsorgsperson og helsepersonell å forholde seg til eldre

under gruppeveiledninger, ettersom man ikke kunne hjelpe hvis de var i ubalanse eller behøvde hjelp med å ta på seg jakken, fordi man måtte holde 2 meters avstand (ID9).

Tema 2: Den kliniske samtalen

Som profesjonelle yrkesutøvere har leger og fysioterapeuter hovedansvaret for å styre den kliniske samtalen og definere det medisinske arbeidet som skal utføres gjennom samtalen. Deltakerne i denne studien mente det var noen fordeler med telefon eller videokonsultasjoner, men det var også mye man mistet.

Å kartlegge problemet

Deltakerne i studien hadde erfart at det kom an på pasientenes helseutfordring hvorvidt fysiske konsultasjoner var hensiktsmessige eller ikke. Flere av deltakerne mente at den viktigste delen av jobben var å kartlegge pasientens symptomer (anamnesen), og det kunne man like godt gjøre på telefon (ID2, ID3, ID4, ID5). En deltaker anslo at man fikk 90% samme resultat som ved en fysisk konsultasjon (ID3). En annen brukte å forberede seg før pasienten ble oppringt, ved å oppdatere seg på journal og tidligere historikk (ID2). Dette ble gjort enda grundigere før en telefonkonsultasjon sammenlignet med fysisk konsultasjon.

På den annen side mente flere av deltakerne at det ble en mer naturlig samtale når man hadde pasienten inne på kontoret, enn i en telefonsamtale. Det er en del klinisk informasjon som kan gå tapt når man ikke ser pasienten. Man har ikke visuell kontakt og kan ikke se hvordan vedkommende beveger seg, eller om pasienten er blek. Man mister informasjon om mimikk og kroppsspråk (ID1, ID3, ID5, ID8, ID9, ID10). Noen pasienter kan også snakke mindre på telefonen enn det de ville ha gjort på kontoret (ID3).

De vanlige samtaleemnene, om livet og hvilke symptomer pasientene har, synes deltakerne er greit å spørre om via telefonen. Den fysiske delen av undersøkelsen, som er viktig, får man ikke gjort over telefon. ID6 uttrykte: *Det er verken tilfredsstillende for pasient eller terapeuten. Det å ta på pasienten, er en grunnleggende ting som vi jobber med.* ID7 mente også at det ikke ble fullgodt å gjøre ting over telefon sammenlignet med fysiske konsultasjoner, spesielt ikke for de eldre pasientene.

Relasjonen mellom pasient og terapeut

En deltaker forklarte at under pandemien hadde pasientene valget mellom å snakke med legen på telefon, eller ikke snakke med legen i det hele tatt, og da innrettet pasienter seg etter det.

Telefonkonsultasjoner var mer utfordrende for noen pasientgrupper enn andre, og det var mer utfordrende for psykiatrispasienter og de eldre (ID3).

Over halvparten av deltakerne mente at det var utfordrende å opprettholde en god relasjon til pasientene over telefonen (ID1, ID2, ID6, ID7, ID8, ID9). Samtalene ble ikke så utfyllende (ID6), og man fikk ikke den samme kontakten med pasientene (ID1). Mange følte det var spesielt utfordrende å drive terapi og vurdere pasienter man ikke hadde møtt før fordi man hadde et for lite grunnlag å vurdere pasientenes symptomer (ID1, ID2, ID5, ID9). Selv om pasienter kunne sette pris på at legen eller fysioterapeuten var tilgjengelig via telefon eller video, opplevde flere deltakere at noen pasienter ikke åpnet seg så lett over telefon eller foran et kamera. Deltakerne mente at for disse pasientene var slike konsultasjoner utfordrende. (ID6) uttrykte det slik: *Jeg føler at jeg har mistet den direkte kontakten, for det å sitte foran en skjerm og diskutere med pasienten gjør at man mister gestikuleringen, mimikken og det å kjenne hvordan et menneske er.*

Formidling av informasjon

Åtte av ti deltakere (ID1, ID2, ID3, ID5, ID6, ID7, ID8, ID10) følte de fikk gitt god og forståelig informasjon til pasientene over telefonen, men igjen kom det an på problemstillingen. Seks av ti deltakere mente at telefonkonsultasjoner var tidsbesparende (ID1, ID2, ID3, ID4, ID7, ID8, ID10). Fordi man holdt seg mer til tema og det var mindre rom for uformell prat (ID2). De fleste mente også at telefonkonsultasjoner fungerte best med pasienter man kjente godt fra før og når det var relativt enkle problemstillinger slik som å skrive ut sykemeldinger. En deltaker mente det var mange problemstillinger som lot seg løse bare ved å prate, slikt sett kunne telefonen være et godt alternativ (ID5).

Telefonkonsultasjoner kan egne seg godt til rådgivning og lange samtaler, og en blanding av fysisk og digitale konsultasjoner ble opplevd som en grei løsning.

Som lege tar man ofte blodtrykket eller gjør andre undersøkelser for å komplementere pasientinformasjon. Det er ikke mulig ved telefonkonsultasjoner. Man får heller ikke satt kortisonsprøyter eller fjernet føflekker over telefonen (ID1, ID4). Imidlertid, var det å skrive ut medisinsk behandling som antibiotika eller betennelsesdempende medisin (NSAID) greit å formidle over telefonen (ID2).

Flere mente det var lettere å gi informasjonen når man hadde pasientene fysisk foran seg, fordi da kunne man samtidig forklare og vise ved hjelp av tegninger og tavle samt andre

hjelpemidler som informasjonsfoldere og modeller (ID2, ID4 og ID8). Man kunne også bruke video for å forklare. Likevel var det mange som ikke fikk informasjonen med seg og flere pasienter ønsket å utsette behandlingen (fysioterapi).

En annen utfordring med å gi informasjon over telefon, var at man ikke kunne se på blikket til pasienten om vedkommende hadde fått informasjonen med seg eller ikke. Det å dobbeltsjekke om informasjonen var mottatt var betydelig mer utfordrende digitalt enn ved fysisk konsultasjon (ID5). Samme deltaker fortalte om et tilfelle der det var nødvendig å skrive et brev til pasienten med en oppskrift for å være sikker på at pasienten skjønnte hvordan han/hun skulle ta medisinen (du skal ta den dosen den ene dagen, så skal du øke sånn og sånn). Flere av deltakerne mente at det var en fordel å kjenne pasientene godt fra før, mens legene som var nye og ikke kjente pasientene sine så godt, hadde det vanskeligere (ID3). En lege i spesialisering syntes det var vanskelig å hjelpe pasienten til å regulere følelsene sine (ID8). Derfor ble det satt en begrensning på hvor mye man gikk inn i pasientens problemer, og terapien ble mer overfladisk sammenlignet med konsultasjoner da pasienten var i stolen foran behandler.

Tema 3: Pasientsikkerhet

Risiko er en kombinasjon av sannsynligheten for en hendelse og konsekvensene av denne hendelsen. Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (28). Begrepet pasientsikkerhet er nært knyttet til begrepet kvalitet. Med temaet pasientsikkerhet ønsket vi å utforske om deltakerne hadde noen etiske og/eller tekniske utfordringer i forbindelse med endringene som ble gjort i klinisk praksis under pandemien. Ble sikkerheten til pasienten ivaretatt med tanke på skriftlig kommunikasjon og bildedeling og var pasienten på et egnet sted for telefonkonsultasjonen? Dette var det forskjellige løsninger på og delte meninger om.

Etiske utfordringer

En deltaker forklarte hvor viktig det var å ha gode rutiner (ID7). På arbeidsplassen, hvor pasienter fikk hverdagsrehabilitering, måtte pasientene fylle ut et samtykkeskjema før de ble tatt inn til behandling. Behandlerne passet også på at telefonen ikke var på høyttaler når de snakket eller veiledet pasienter over telefon. Hvis det var noen andre til stede, for eksempel et familiemedlem, var dette alltid med pasienten sitt samtykke. Hvis pasienten hørte dårlig og

det opplevdes at det var vanskelig å formidle informasjon over telefonen, var man avhengig av at pårørende var til stede (ID7).

Flere av deltakerne opplevde at pasientene var på arbeid, i et møte eller at andre personer var til stede når de ble oppringt (ID1, ID2, ID3, ID9). Noen deltakere forklarte at de ikke sendte sensitiv informasjon på SMS, i tilfelle den havnet hos feil person, eller ble videresendt til andre (ID1, ID3, ID5). SMS ble brukt til enkle meldinger som fornyet resept eller timeavtaler. Hvis man skulle sende sensitiv informasjon benyttet flere av deltakerne e-brev, som pasientene må logge seg inn ved hjelp av BankID for å lese. En deltaker forklarte at de tidligere brukte Skype med kobling sendt på e-post, men under pandemien gikk de over til nytt system «Whereby» der pasienten måtte logge inn med Bank ID på Helse Norge for å få delta på videokonsultasjoner (ID8). Kommuneoverlegen hadde ikke fått noen tilbakemeldinger fra sine kontor under pandemien på hendelser som kunne vært unngått. *Så sann sett så må det jo ha vært en form for klinisk vurdering som har vært ganske god blant kollegiet.* Samtidig konkluderte halvparten av deltakerne med at pasientsikkerheten ble godt ivaretatt (ID3, ID4, ID6, ID7, ID8). På den annen side opplevde en at terskelen for at pasienter stille spørsmål var høyere når det var felles undervisning digitalt. I en gruppe med yngre pasienter, oppsto det en form for mobbing da en av deltakerne hadde tatt bilde av de andre på den digitale gruppetimen for så å dele det på Snapchat (ID9).

Tekniske utfordringer

Det var en del vanskeligheter med å få det tekniske til å fungere i pasientoppfølgingen, spesielt gjaldt dette videokonsultasjoner (ID1, ID2, ID3, ID4, ID6, ID9, ID10). Dårlig nettverk resulterte i dårlig kvalitet som hakking og det ble vanskelig å høre og se pasientene. Flere pasienter visste ikke hvordan de skulle koble seg opp på Internett, sette på lyden eller slå på kamerat. Når barna var hjemme, kunne det være en utfordring å finne tid og rom til seg selv. I tillegg har en del eldre svake digitale ferdigheter som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre videokonsultasjon. Deltaker (ID4) forklarte det slik: *De yngre er vant til video og slikt, men det å få det [video] ut i en eldre befolkningen har vært utfordrende.*

Tema 4: Veien videre

Til slutt ønsket vi å få informasjon om det var noen endringer som ble gjort under pandemien som deltakerne ønsket å ta med seg videre i en arbeidshverdag uten pandemi.

Det positive som har kommet ut av pandemisituasjonen er at flere leger har fått bedre digital kompetanse til å bruke elektroniske hjelpemidler (ID1, ID2, ID10). I følge flere av deltakerne, kan bedre digital og telefonisk tilgjengelighet hos fastleger, føre til at færre pasienter tyr til «engangsleger» over nett. Slike «engangsleger» kan svekke fastlegerollen (ID2 og ID3). Flere av deltakerne vil også fortsette å bruke elektroniske meldetjenester som e-brev til pasienter via Helse Norge. Som en deltaker uttrykte, *det bruker jeg masse nå, og gir tilbakemeldinger på blodprøver og slikt.*

Diskusjon

I denne studien benyttet både leger og fysioterapeuter telefonkonsultasjoner for å opprettholde pasientkontakt da samfunnet stengte ned. Ved starten av pandemien var dette en nødvendighet på grunn av smittevern, men deltakerne rapporterte at dette var en god løsning også i etterkant. Spesielt i distriktene hvor det kan være lange avstander mellom pasient og behandler. Likevel var det best å bruk telefonkonsultasjoner når pasienten var kjent av terapeutene fra før. Deltakerne opplevde at telefonkonsultasjonene var tidsbesparende og effektive å bruke for enkle problemstillinger og oppfølging av pasienter.

Mange av deltakerne mente at det var utfordrende å opprettholde en god pasient-terapeut-relasjon når man brukte telefonkonsultasjoner. Det var flere grunner til dette, blant annet at man mistet muligheten til å observere pasienten, gjøre fysiske undersøkelser og snakke med pasienten ansikt til ansikt. Dette ble ansett som en viktig del av jobben til en kliniker.

De fleste av deltakerne mente det var lettere å gi informasjonen til pasientene når man hadde pasientene fysisk foran seg, derfor måtte de alltid dobbeltsjekke om pasientene hadde fått informasjonen med seg.

Deltakerne erfarte at videokonsultasjoner ble mindre brukt på grunn av tekniske utfordringer som dårlig Internett og en eldre befolkning som ikke var vant til å bruke video. Derfor ble video mest brukt til møtevirkosomhet. Fysioterapeutene derimot brukte videokonsultasjoner i større grad enn legene. Dette verktøyet ble brukt til å veilede pasienter til å gjøre øvelser. Dette var likevel ikke tilfredsstillende, fordi man mistet muligheten til å undersøke pasientene med hendene (hands-on). Dette mente de gikk ut over pasientsikkerheten og spesielt postoperative pasienter som trengte fysikalsk behandling for å bli funksjonsdyktige etter operasjonen.

Flere av deltakerne i denne studien konkluderte med at et fremtidens helsevesen bør inkludere både e-konsultasjoner og fysiske konsultasjoner. Et slik tilbud vil kunne tilfredsstillende pasienter som ønsker en rask og effektiv helsetjeneste, og de som ønsker en mer grundig og omfattende tjeneste.

Andre studier

Deltakerne i denne studien erfarte en nedgang i antall pasient konsultasjoner i første fase av pandemien. Dette er i tråd med funn fra en rapport fra koronakommisjonen som viste en nedgang på 10% i pasienter som tok kontakt med fastlegen sin i april og mai 2020, sammenlignet med 2019 (29). I tillegg viste rapporten at antall fysiske konsultasjoner gikk ned med 7%. Grunnen til dette var at fysiske konsultasjonene ble endret til e-konsultasjoner (telefon eller video). Det ble registrert en markert økning i bruk av videokonsultasjon i Norge under pandemien, spesielt innenfor primærhelsetjenesten og psykiatrisk helsetjeneste (30). Deltakerne i denne studien, mente at årsaken til nedgangen i antall konsultasjoner var at pasientene var mindre syke enn før, eller at grunnen var at pasientene ikke ville belaste helsevesenet unødvendig. Koronakommisjonen sin rapport, viste at antall innleggelser grunnet hjerneslag, hjerteinfarkt og lungebetennelse gikk ned i mars og april 2020 (29). Dette kan skyldes en friskere befolkning som en konsekvens av innførte smitteverntiltak, og mindre sosial kontakt. På den andre siden er ringvirkningene av denne nedgangen ukjent, og man vet ikke om det på sikt vil føre til mer kompliserte og dårligere prognoser.

Generelt, mente deltakerne det var utfordrende å opprettholde en god relasjon til pasientene sine når man benyttet e-konsultasjoner. Grunnene til dette var blant annet at man ikke fikk muligheten til å undersøke pasienten fysisk. I tillegg gikk man glipp av informasjon ervervet gjennom observasjon av pasienten. Derfor foretrakk deltakerne å gjennomføre digitale løsninger med pasienter de kjente fra før. Dette er i tråd med funn fra en spørreundersøkelse utført av Nasjonalt Senter for e-helseforskning (31), som viste at mange pasienter savnet den personlige kontakten med legen sin og derfor foretrakk fysiske konsultasjoner over e-konsultasjon. Til gjengjeld mente 86% av de spurte at det var like enkelt eller enklere å forklare aktuelt helseproblem når de benyttet e-konsultasjoner. En annen undersøkelse (32), utført blant pasienter med reumatisme innlagt på sykehus samt deres behandlere, viste at pasientene følte seg like godt ivaretatt ved bruk av videokonsultasjoner, og ønsket å fortsette med slike konsultasjoner. Behandlerne i denne undersøkelsen mente videokonsultasjoner var et godt alternativ til fysiske konsultasjoner.

Kommunikasjon

I utgangspunktet krever det mye av pasienter å ta opp sårbare tema med behandleren sin, og det kan ta tid å bygge tillit. Hvordan opplever pasienter relasjonen til legen når den skal skapes og bygges uten fysisk oppmøte? Pasienten kan være engstelig for alvorlig sykdom eller slite som følge av behandling eller skade, og det kan være mange følelser i sving. Kringlen og Finset (14) problematiserer dette med tillit, og hevder det er viktig at legen og andre behandlere kan forholde seg til den følelsesmessige dimensjonen i behandler/pasientforholdet. Man må skille mellom de oppgaveorienterte sidene og de emosjonelle sidene av en konsultasjon, og utfordringen kan være å bekrefte pasienten og forsikre at de blir hørt og forstått. Legen har som profesjonell yrkesutøver hovedansvaret for å styre samtalen, og definere det medisinske arbeidet som utføres gjennom samtalen (33). Det ligger også til grunn at en samtale er et samarbeid med pasienten, der han/hun har et medansvar for at den kliniske samtalen skal bli vellykket.

Kringlen og Finset, beskriver videre at en non-verbal kommunikasjon er viktig for å opprettholde tillit. I en slik kommunikasjon er det viktig med god øyekontakt og at man viser interesse og respekt for pasienten. Deltakerne i denne studien, var oppmerksomme på betydningen av å ha god øyekontakt med sine pasienter, spesielt som en bekreftelse på at pasientene hadde forstått og mottatt informasjonen de ønsket å formidle til dem. Øyekontakt er noe man åpenbart mister ved telefonkonsultasjoner. Og sårbare tema kan være utfordrende og drøfte over telefon. Da er kanskje løsningen å invitere pasienten inn til en fysisk konsultasjon.

Pasientsikkerhet

Det er lite forskningsbasert kunnskap om risikoen ved å bruke e-konsultasjoner i pasientbehandlingen (29). Flere av deltakerne i denne studien mente det var relativt få utfordringer med tanke på pasientsikkerhet når de utførte e-konsultasjoner. De mente pasientsikkerheten ble godt ivaretatt, med løsninger som pålogging via Bank ID. Noen av deltakerne hadde gode rutiner på forhånd og pasientene måtte underskrive et samtykkeskjema før behandling startet. Likevel, påpekte flere av deltakerne at det var problematisk å sjekke om det var flere til stede enn pasienten, når man gjennomførte en telefon konsultasjon. Dette var problematisk i forhold til taushetsplikten mente deltakerne i denne studien. For pasienter

med redusert syn eller hørsel, kognitiv svikt eller andre språkutfordringer var det også utfordrende å benytte e-konsultasjoner (29).

I tillegg er det en fare for at behandleren overser pasientens symptomer ved digitale konsultasjoner, og man mister en vesentlig del av informasjon når man ikke ser pasienten, som erverves ved fysiske konsultasjoner på klinikken. Telefonkonsultasjon og tekstbasert e-konsultasjon gir effektive konsultasjoner og er lett å tilpasse, men i tillegg til å føle at man mister informasjon er det vanskelig å vurdere den informasjonen pasienten selv gir (31).

På tross av dette er det sannsynlig at bruk av e-konsultasjoner vil øke framover. Det er viktig for framtidig bruk at sikkerheten til pasientene blir opprettholdt, og at man ser på forsvarligheten og kvaliteten ved e-konsultasjoner.

Metodiske utfordringer

Denne studien må forstås i lyset av sine styrker og svakheter. En svakhet er at studien har få deltakere. Det var vanskelig å rekruttere deltakere til studien da det var mange som ikke responderte på utsendte e-poster, og mulige deltakere som ble kontaktet over telefon, ikke ringte tilbake som avtalt. En mulig forklaring til at mange potensielle deltakere ikke tok kontakt, var at terapeuter som jobber i klinisk praksis har en travel hverdag og ikke har overskudd til å bli med i en slik studie.

Når man intervjuer over telefon, får man ikke fanget opp mimikk eller kroppsspråk. Det er også noen ulemper som kan dukke opp, slik som at lyden blir borte grunnet dårlig dekning eller deltakeren er i bevegelse noe som skaper støy og gir dårlig opptak. Fordelen med å intervjuer over telefon er at deltakere kan stille på relativt kort varsel, og det kan gjøres nesten hvor som helst, noe som kan senke terskelen for å delta (24).

Implikasjoner for klinisk praksis

Et tilbud med både fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner er et utvidet og fremtidsrettet tilbud til pasienter som ønsker en mer fleksibel helsetjeneste. Det å ha flere ben å stå på i et behandlings- eller oppfølgingsforløp vurderes som optimalt for pasienten, og kan føles tryggere for behandleren. Samtidig som man har et tilbud til og kan møte pasienter med

forskjellige behov. Det kan også være en fin måte å sikre kontinuerlig kontakt med pasienten og at gitt informasjon er mottatt og forstått.

Implikasjoner for videre forskning

Denne studien kan brukes som et utgangspunkt for videre forskning. Spørsmålene som er utviklet og dataene som er samlet inn i denne studien, kan brukes som utgangspunkt for en spørreundersøkelse i en større populasjon av leger og fysioterapeuter.

Konklusjon

Deltakerne i denne studien brukte e-konsultasjoner da samfunnet stengte ned og varierte mellom å benytte telefon-, video- og tekstkonsultasjoner. De følte at ved bruk av e-konsultasjoner ble pasientens helseproblemer kartlagt på en tilfredsstillende måte. Formidling av informasjon til pasientene og oppstart av behandling ble også gjennomført tilfredsstillende. Det var imidlertid utfordrende å opprettholde en god pasient-terapeut relasjon ved bruk av e-konsultasjoner. I tillegg var det både tekniske og sikkerhetsmessige utfordringer knyttet til bruk av slike konsultasjoner.

Da deltakerne ikke fikk benyttet sitt kliniske blikk, observere og undersøke pasientene fysisk, rapporterte flere at det beste vil være å kombinere e-konsultasjoner med fysiske konsultasjoner i fremtiden.

Fysioterapeutene i denne studien rapporterte imidlertid at bruk av telefon- og videokonsultasjoner var utfordrende da de mistet muligheten til å undersøke pasienten fysisk. Muligheten til å ikke kunne følge opp post-operative pasienter var problematiske både fra et etisk og pasientsikkerhetsmessig perspektiv.

Referanser

1. World Health Organization (WHO). Q&As on COVID-19 and related health topics Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 20 Oktober]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
2. NOU 2022:5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien - del 2 - Rapport fra Koronakommisjonen [Rapport]. Oslo Koronakommisjonen; 2022 [cited 2022 27.05.22]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>.
3. World Health Organization (WHO). COVID-19 Eastern Mediterranean: WHO; 2020 [cited 2020 20 Oktober]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/coronavirus/questions-and-answers.html>.
4. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020;579(7798):265-9.
5. Helsenorge. Koronavirus - fakta og håndtering i Norge Tønsberg: Folkehelseinstituttet 2020 [cited 2020 20 Oktober]. Available from: <https://www.helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge/>.
6. World Health Organization (WHO). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic Copenhagen Denmark: WHO Regional Office of Europe; 2020 [cited 2020 20. Oktober]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
7. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
8. World Health Organization(WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 52. March 12, 2020. Montréal, Québec, Canada: World Health Organization; 2020 [cited 2020 03. June]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_2
9. Helsedirektoratet. In English: the Norwegian Directorate of Health. Helsedirektoratet har vedtatt omfattende tiltak for å hindre spredning av Covid-19. In English: The Directorate of Health has adopted comprehensive measures to prevent the transmission of Covid-19 Oslo: The Norwegian Directorate of health; 2020 [cited 2020 20. Oktober]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-har-vedtatt-omfattende-tiltak-for-a-hindre-spredning-av-covid-19>.
10. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet vedtar stenging av virksomheter Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [cited 2020 29. Oktober]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-vedtar-stenging-av-virksomheter>.
11. Helsedirektoratet. Forsiden/Koronavirus - beslutninger og anbefalinger/Kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [cited 2020 29. Oktober]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/allmennlegetjenesten#nodvendige-smitteverntiltak-bor-iverksettes-for-a-begrense-smittespredning-pa-fastlegekantoret-sterk>.

12. Helsingen LM, Refsum E, Gjøstein KG, Løberg M, Bretthauer M, Kalager M, et al. The COVID-19 pandemic in Norway and Sweden - threats, trust, and impact on daily life: a comparative survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1597):2-5.
13. Andersen PT, Loncarevic N, Damgaard MB, Jacobsen MW, Bassioni-Stamenic F, Karlsson LE. Public health, surveillance policies and actions to prevent community spread of COVID-19 in Denmark, Serbia and Sweden. *SAGE journals* 2021:1-11.
14. Kringlen E, Finset A. Den kliniske samtalen - kommunikasjon og pasientbehandling. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
15. Strathern A, Steward PJ. Curing and healing. *Medical Anthropology in Global Perspective*. Durham: Carolina Academic Press; 2010.
16. Helman CG. Placebos and Nocebos: the cultural construction of belief. In: Peters D, editor. *Understanding the placebo effect in alternative medicine Theory, practice and research*. London: Churchill Livingstone; 2001.
17. Blasi ZD, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001;357(9258):757-62.
18. Helsenorge. Slik kan du få helsehjelp hjemmefra Tønsberg; Norsk Helsenett; 2020 [cited 2020 20 Oktober]. Available from: <https://www.helsenorge.no/om-tjenestene/slik-kan-du-fa-helsehjelp-hjemmefra/>.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppfordrer helsetjenesten til å bruke videokonsultasjon Oslo: Regjeringen.no; 2020 [cited 2020 29. Oktober]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppfordrer-helsetjenesten-til-a-bruke-videokonsultasjon/id2693883/>.
20. Helsebiblioteket. Kvalitativ Metode Oslo: www.helsebiblioteket.no; 2016 [cited 2020 23. Oktober]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>.
21. Kvale S. Om tolkning af kvalitative forskningsinterview. *Nordisk Pedagogik*. 2005;25:3-15.
22. Helsenorge. Rett til fastlege www.helsenorge.no; 2022 [cited 2022 11.05]. Available from: <https://www.helsenorge.no/fastlegen/om/rett-til-fastlege/>.
23. Regjeringen. Grunnstrukturen i helsetjenesten: www.regjeringen.no; 2014 [cited 2022 11.05]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>.
24. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. English: *Qualitative methods in medical research. An introduction*. 3. ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
25. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. English: *The Qualitative Research Interview*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001.
26. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* 4th. ed. USA: SAGE Publications Inc; 2015.
27. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Declaration]. Paris: www.wma.net; 2018 [updated 2013; cited 2022 22.05]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
28. Pasientsikkerhet Oslo: Helsebiblioteket; [cited 2022 25.05]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet>.

29. NOU 2021:6. Myndighetenes håndtering av koronapandemien - Rapport fra Koronakommisjonen [Rapport]. Oslo Koronakommisjonen; 2021 [cited 2022 25.05.22]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/?ch=9#kap33-2-1>.
30. Wynn R. E-Health in Norway Before and During the Initial Phase of the Covid-19 Pandemic. 2020. In: The Importance of Health Informatics in Public Health during a Pandemic [Internet]. Athens, Greece: International Conference on Informatics, Management, and Technology in Healthcare (ICIMTH 2020); [9-12].
31. Kristiansen E, Breivik E, Bergmo T, Johansen M, Zanaboni P. E-konsultasjon og sykemelding - Undersøkelse av erfaringer med unntak fra krav til personlig frammøte under COVID-19-pandemien. 03/2021. [Rapport]. Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning 2021 [cited 2022 25.05.22]. Available from: https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2021-03_E-konsultasjon-og-sykmelding.pdf.
32. Tvetter AT, Provan SA, Moholdt E, Bergsmark K, Østerås N. Bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk Tidsskrift for Den norske legeforening 2021;20.0882(8):1-2.
33. Nessa J. Har du møtt Mao? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2000;120(30).

Tabeller

Tabell 1: Oversikt over deltakernes demografiske data.....	12
Tabell 2: Oversikt over hovedtema og undertema i denne studien.....	14

Figurer

Figur 1: En generell og overordnet oversikt av primær- og spesialisthelsetjenestens inndeling	11
---	----

Intervjuguide for studien forandringer i klinisk praksis under COVID-19 pandemien

Introduksjon:

Presentasjon av meg selv og prosjektet

På grunn av COVID-19 situasjonen ble helsepersonell oppfordret til å benytte e-konsultasjoner i møte med pasienter. Dette er en kvalitativ intervjustudie som har som formål å undersøke om (og eventuelt hvordan) e-konsultasjonen skiller seg fra den fysiske konsultasjonen med pasienter. Vi vil undersøke hvilke strategier som ble benyttet for å opprettholde en god konsultasjon mellom behandler og pasient. Var det fokus på pasientens helseproblem; Hvordan ble pasient-terapeut relasjonen ivaretatt; Hvordan ble pasientinformasjonen formidlet; og hvordan ble behandlingen gjennomført?

Jeg vil spørre om:

- **Kjønn**
- **Alder**
- **Yrke**
- **Hvor mange år i klinisk praksis**
- **Antall pasienter per uke**

Kjernespørsmål:

Allmennlegetjenesten ble også anbefalt å innføre nødvendige smitteverntiltak for å begrense smittespredning på fastlegekontoret (10). Dette innebar blant annet at pasienter ikke skulle oppsøke fastlegekontoret unødvendig. Man ønsket færrest mulig pasienter samtidig på venterommet med minst 1 meters avstand. Hvis mulig skulle pasientene vente utenfor legekontoret i egen bil.

- 1. Myndighetene påla helsearbeidere å endre praksis på grunn av COVID-19. Hvordan ble dette løst rent praktisk?**

Helsetjenesten ble oppfordret til å bruke videokonsultasjoner og andre digitale verktøy for å unngå smittespredning (16).

2. Når COVID-19 kom, ble det forandringer i dine kliniske konsultasjoner?

- Hva var disse forandringene?
- Hva synes du om disse forandringene?

3. Tre kriterier for en god konsultasjon ifølge «den kliniske samtalen» skrevet av Kringlen og Finset i 2006

- Fikk du kartlagt pasientens problem på en tilfredsstillende måte? Som ved en fysisk konsultasjon.
- Ble pasient-terapeut relasjonen ivaretatt på en god måte, som ved en fysisk konsultasjon?
- Fikk du gitt god og forståelig informasjon og satt i gang behandling?
- Hvordan fikk du bekreftelse på at disse kriteriene ble oppfylt?
- Vi vil også undersøke hvordan helsepersonell opplevde disse konsultasjonene. Hva fungerte godt og hva fungerte ikke, samt hva ønsker de å ta med seg videre.
 - Tidbesparende? Selve konsultasjonen?
 - Mer knyttet med det digitale? Teknisk?
 - Virker det som enkelte unnlater å oppsøke hjelp når det var digitalt?

4. Ble pasientsikkerheten ivaretatt på samme måte som før COVID-19?

- Noen utfordringer? F.eks. ved videokonsultasjoner? Lagring av videoer/tlf samtaler/e-poster? Bruke kontorets eller eget utstyr?
- Noen tilstede hos pasienten ved videokonsultasjon? Hvordan løse det?
- Lang tid før pasienten får svar?

5. Er det noe annet du vil tilføye?

En studie blant helsepersonell om forandringer av klinisk praksis under COVID-19 pandemien.

Informasjon og samtykke til å delta i studie

På grunn av COVID-19 situasjonen ble helsepersonell oppfordret til å benytte e-konsultasjoner i møte med pasienter. I denne studien ønsker vi å undersøke om (og eventuelt hvordan) e-konsultasjonen skiller seg fra den fysiske konsultasjonen med pasienter. Vi ønsker å undersøke hvilke strategier som ble benyttet for å opprettholde en god konsultasjon mellom behandler og pasient. Studien går ut på å intervju helsepersonell om hvilke endringer som ble gjort i din praksis under COVID-19 pandemien. Du har blitt spurt om å delta fordi du er, lege eller fysioterapeut som arbeider i Troms fylke. Studien er Hanne Koht Johansen sin masteroppgave.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av evalueringen når eller hvis disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Har du spørsmål kan du kontakte Hanne Koht Johansen på telefon 41 66 25 45.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, - å få rettet personopplysninger om deg, - få slettet personopplysninger om deg, - få utlevert en kopi av dine personopplysninger

(dataportabilitet), og - å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger."

"Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke". Når prosjektet skal avsluttes slettes alle opplysningene vi har om deg (31.12.2023).

Du gir ditt informerte samtykke (godkjenner deltakelse) i studien ved å signere under:

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Med vennlig hilsen

Hanne Koht Johansen

Ved spørsmål kontakt: Hanne Koht Johansen (medisinstudent). E-post: hjo051@uit.no

Telefon: 41 66 25 45

Prosjektleder: Trine Stub (Forsker I). E-post: trine.stub@uit.no Telefon: 776 49 286

Personvernombudet UiT: Joakim Bakkevold. Telefon: 776 46 322 mobil: 976 915 78

Vurdering

Referansenummer

890702

Prosjekttittel

En studie blant helsepersonell om forandringer ved klinisk praksis under COVID-19 pandemien

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig

Trine Stub

Student

Hanne Koht Johansen

Prosjektperiode

16.10.2020 - 31.12.2023

[Meldeskjema](#) 

Dato

06.09.2021

Type

Standard

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågått i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Markus Celiussen

Lykke til med prosjektet!