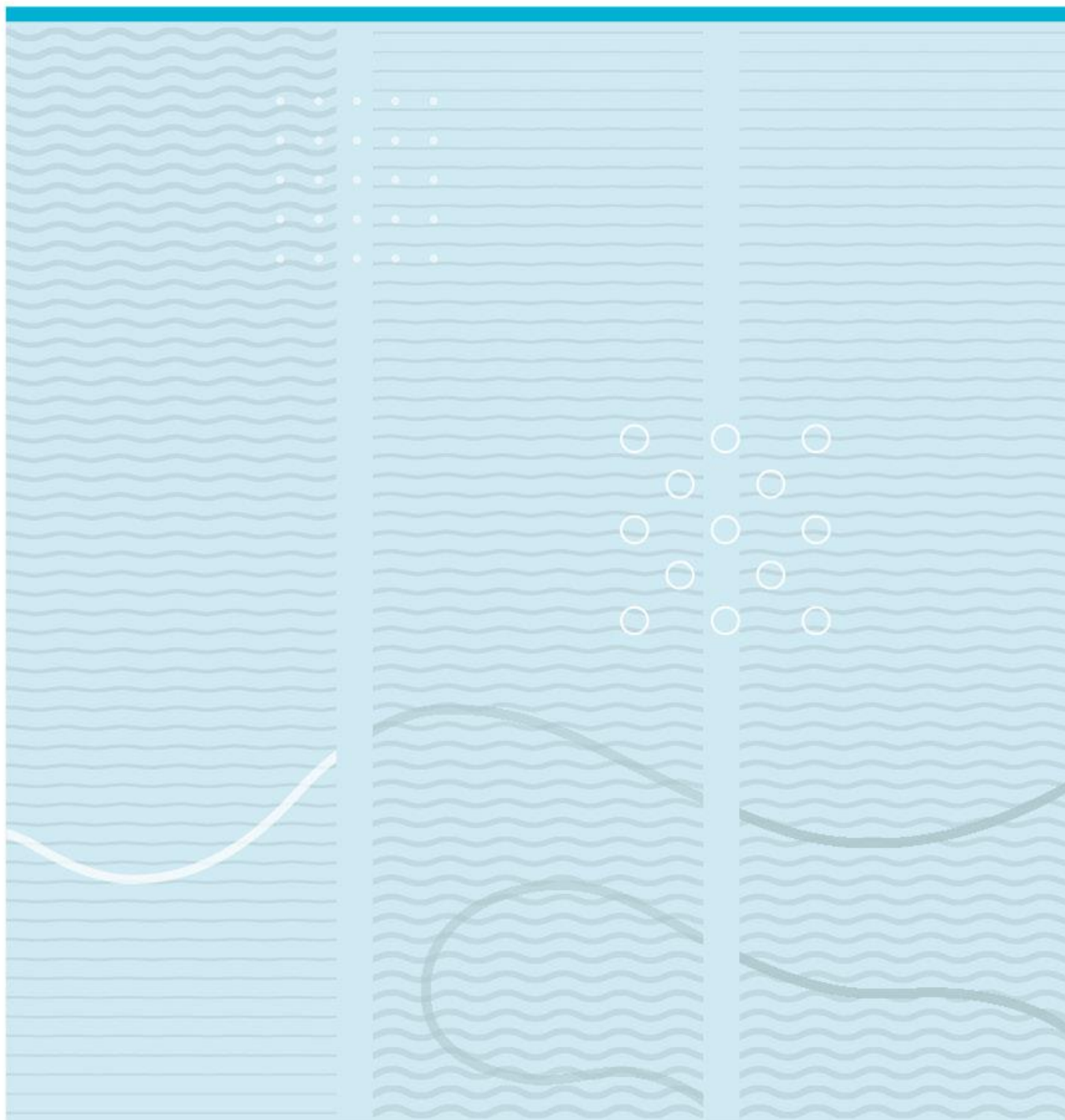


Elisabeth Kvålseth

Videokonferanser til hjelp, eller byrde?

En kvalitativ undersøkelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Elisabeth Kvålseth

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Helse- og omsorgstjenesten står overfor betydelige utfordringer i årene som kommer. Teknologiske muligheter og forbedret samarbeid ses som en løsning på dette. Videokonferanser har blitt brukt til samarbeidende og kliniske tjenester under COVID-19 pandemien, og er funnet i forskning å støtte helsepersonell. På den annen side viser forskning at det er store barrierer for implementering av ny teknologi i kommunale helsetjenester.

Mål: Formålet med denne studien er å produsere kunnskap som kan bidra til å beskrive og forstå utfordringer knyttet til etablering og utvikling av sikker bruk av videokonferanser.

Målet med studien er å beskrive helsepersonells erfaringer med bruk av videokonferanse, for å få kunnskap om implementering i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Metoder: Denne studien har en kvalitativ tilnærming, med fenomenologisk hermeneutisk design, basert på åtte semistrukturerte intervjuer med helsepersonell som har noe erfaring med videokonferanse, utført mellom august og oktober 2021.

Resultater: Hemmere er store organisasjoner med mange selvstendige virksomheter, mangel på refleksjon og retningslinjer, utstyr, mangel på småsnakk i VK-møter, mangel på kunnskap og en implementeringsplan. Fremmere er spart tid, informasjonsutveksling, effektivitet, opplæring, anerkjenne kompleksiteten, leders engasjement, utstyr, kunnskap, tro og positive holdninger.

NØKKEWORD: Videokonferanser, Digitale møter, Implementering, Kommunal helse- og omsorgstjeneste

Abstract

Background: Primary care is faced with significant challenges in the years to come. Technological opportunities and improved collaborative work are seen as a solution to this. Videoconference has been used for collaborative and clinical services during the COVID-19 pandemic, and is found to support health care workers. On the other hand, research shows that there are major barriers to the implementation of technology in municipal healthcare services.

Objectives: The purpose of this study is to produce knowledge that contributes to describe and understand challenges related to the establishment and development of secure use of videoconference meetings. The aim of the study is to report the experience of health care personells that use videoconference, to gain knowledge about implementation in municipal health and care services.

Methods: This study takes a qualitative approach, with phenomenological hermeneutic design, based on eight semistructured interviews with health care personell with some experience with videoconference, carried out between August and October 2021.

Results: Inhibitors are large organizations with many independent units, lack of reflection and guidelines, equipment, lack of small talk in videoconferences, lack of knowledge and an implementation plan. Promoters are saved time, information exchange, efficiency, training, recognizing complexity, managerial commitment, equipment, knowledge, beliefs and positive attitudes.

KEYWORDS: Videoconference, Digital meetings, Implementation, Primary care

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	8
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA	9
1.1.1 Tro på VK-møter	10
1.1.2 Kunnskapsgrunnlag.....	11
1.2 STUDIENS PROBLEMSTILLING OG FORMÅL	12
1.2.1 Studiens kontekst	13
1.3 STUDIENS RELEVANS FOR KOMMUNAL HELSE- OG OMSORG.....	16
1.3.1 Kunnskapsbasert implementering	16
2. TEORETISK GRUNNLAG	17
2.1 IMPLEMENTERING AV TEKNOLOGI I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	17
2.1.1 CFIR.....	18
2.1.2 TDF.....	21
2.1.3 NASSS	22
2.2 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING	23
2.2.1 Ikke-verbal og verbal kommunikasjon	23
2.2.2 Brukermedvirkning.....	24
2.2.3 Småpratene mennesker imellom.....	24
2.3 DIGITAL KOMPETANSE.....	26
3. DESIGN OG METODE	28
3.1 VITENSKAPSTEORI.....	28
3.2 KVALITATIV METODE	29
3.2.1 Forskningsintervju	30
3.3 DATAINNSAMLING	31
3.3.1 Utvalg og utvalgsprosess.....	31
3.3.2 Intervjuguide	33
3.3.3 Intervjusituasjonene beskrevet.....	33
3.4 TRANSKRIBERING	34
3.5 ANALYSE.....	34
3.5.1 Analyseprosessens trinn.....	35

3.5.2 Analyseprosessens resultat beskrives.....	35
3.6 FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER.....	37
3.6.1 Konfidensialitet og informert samtykke	37
3.6.2 Konsekvenser for å delta i forskningsprosjekter.....	37
3.6.3 Norsk senter for forskningsdata.....	37
3.7 STUDIENS KVALITET	38
3.7.1 Validitet	38
3.7.2 Reliabilitet	41
3.7.3 Metodiske betraktninger	42
3.7.4 Overførbarhet	42
4. PRESENTASJON AV FUNN	44
4.1 VK-MØTER KAN SPARE TID FOR HELSEPERSONELL OG TJENESTEMOTTAKERE	44
4.1.1 Bruk av VK-møter: Økt møtedeltagelse	45
4.1.2 Bruk av video: Skjerm gir fokus.....	46
4.2 KOMMUNIKASJON PÅ SKJERM	48
4.2.1 Bruk av skjerm: Kroppsspråk er mindre synlig og adferd endres	48
4.2.2 Bruk av skjerm: Kommunikasjonen påvirkes	49
4.3 KUNNSKAP OM BRUK AV VK-MØTER.....	51
4.3.1 Kunnskap om digitale møter: Møte kvaliteten varierer	51
4.3.2 Struktur for VK-møter: Møteledelse betyr noe	53
5. DISKUSJON AV STUDIENS FUNN	55
5.1 VK-MØTER KAN SPARE TID FOR HELSEPERSONELL OG TJENESTEMOTTAKERE	56
5.1.1 Bruk av VK-møter: Økt møtedeltagelse	56
5.1.2 Bruk av VK-møter: Skjerm gir fokus	57
5.2 KOMMUNIKASJON PÅ SKJERM	58
5.2.1 Bruk av skjerm: Kroppsspråk er mindre synlig og adferd endres	58
5.2.2 Bruk av skjerm: Kommunikasjonen påvirkes	59
5.3 KUNNSKAP OM BRUK AV VK-MØTER.....	61
5.3.1 Kunnskap om digitale møter: Møte kvaliteten varierer	61
5.3.2 Struktur for VK-møter: Møteledelse betyr noe	63
5.3.3 Oppsummering hemmere og fremmere.....	64
5.3.4 Bruk av erfaringen til implementering – implikasjoner for praksis	65

6. KONKLUSJON OG IDEER TIL VIDERE FORSKNING	66
Vedlegg.....	67
Referanser	68

Forord

Etter fire år med utdanning, sitter jeg igjen med en følelse av å være stolt og takknemlig for å ha fått mulighet til å gjøre dette ved siden av jobb og familieliv. En samarbeidsvillig og interessert leder har bidratt med tilrettelegging. Det har vært uunnværlig.

Samtidig har en støttende kjæreste, venner og forståelsesfulle familiemedlemmer heiet og hjulpet på sidelinjen. Takk til dere alle, det betyr utrolig mye.

En stor takk til veiledere Monika Knudsen Gullslett og Etty Ragnhild Nilsen, som har bidratt med sin gode kompetanse.

Porsgrunn 17.05.2022

Elisabeth Kvålseth

1. INNLEDNING

Masteroppgaven omhandler helsepersonells erfaring med å ta i bruk videokonferanser, som kommunikasjonsverktøy, og slår veksler på implementeringsteori for å forstå verktøyets bæreevne i en kommunal helse- og omsorgstjeneste i Sørøst Norge. Med bæreevne menes evnen til å spre seg og benyttes som en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste.

1.1 BAKGRUNN FOR TEMA

Demografisk og epidemiologisk utvikling viser vekst i aldrende befolkning, komplekse kroniske sykdomsbilder med behov for helse- og omsorgstjenester, uten en tilsvarende økning i helsepersonell til å imøtekomme dette (European Commission, 2012; World Health Organization, 2022). Utfordringen ble adressert i Norges offentlige utredninger (NOU) «Innovasjon i omsorg», sammen med mulighetene som lå i teknologistøtte. NOU utvalgets leder Kåre Hagen mente at «omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestilling om at omsorg ikke kan gjøres annerledes ...» (Meld. St. 29 (2012-2013); NOU 2011:11).

Fra dette utgangspunktet har helsemyndigheter de siste 10-åra forsøkt å utføre omsorg annerledes ved satsningen på Nasjonalt velferdsteknologi-program (Helsedirektoratet, 2013), Samhandlingsreformen og i en melding om fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 (2014-2015)). Samhandlingsreformens hovedmål er bedre samhandling mellom kommuner og sykehus, samt utvikle helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 47 (2008-2009)). En evaluering av reformen utført av Forskningsrådet beskrev lite endring på området, der behovet fremdeles er «effektive og gode kommunikasjonslinjer... » (Forskningsrådet, 2016, s. 54). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet av samhandlingsreformen viser at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok (Riksrevisjonen, 2015, s. 8). Riksrevisjonen anbefalte Helse- og omsorgsdepartementet å «vurdere tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehus og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjon som utveksles, og bruken av individuell plan»(Riksrevisjonen, 2019, s. 34).

Satsningen på Nasjonalt velferdsteknologiprogram har imidlertid bidratt til at pleie og omsorg gjøres annerledes, der 340 kommuner har implementert trygghets- og mestrings teknologier i deres helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2013). Videokonferanser, heretter VK-møter, var ikke med opprinnelig, men ble innlemmet senere i programmets satsning på digital hjemmeoppfølging: «Pasienter med kroniske lidelser kan få oppfølging hjemmefra via et nettbrett eller mobil sensorteknologi...» (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021). Selv om programmets digitale hjemmeoppfølging har et bredere fokus enn kun bruk av VK-møter, viser utviklingstrekk at COVID-19, her etter koronapandemien har bidratt til å sette fart på bruken av nettopp VK-møter i helse- og omsorgstjenestene.

1.1.1 Tro på VK-møter

En spørreundersøkelse blant 145 kommuner, i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram og KS, som er kommunesektorens interesseorganisasjon, viser at koronarestriksjoner medførte høy bruk av videosamhandling, mellom sykehus og kommune, og internt i kommunen. Samhandling internt i kommunen viste 90 %, samhandling med sykehus viste 58 %, oppfølging med video og andre digitale løsninger innen rus og psykiatri med 43 %, hjemmebasert helse- og omsorg 41 % og forebyggende arbeid 34 %.

Dette viser at VK-møter kan være et fleksibelt verktøy, som i en koronapandemi er benyttet til både samhandling og konsultasjoner (Direktoratet for e-helse, 2021, s. 18). Internasjonal forskning viser det samme, og stiller spørsmålet om VK-møter i en pandemi er «an opportunity in a crisis?» (Greenhalgh, 2020).

Interessen for konsultasjoner som VK-møter har økt, og tilbys allerede som en integrert del av nasjonal helse- og omsorgstjeneste i flere land (NHS, 2019; The Australian Digital Health Agency, 2022). Denne dreiningen med å benytte videokommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten er i litteraturen blant annet referert til som telehealth, eller telehelse og telemedisin. Telemedisin defineres som «bruk av telekommunikasjon og informasjonsteknologi til å formidle helsetjenester over avstand», og kan deles inn i tre

måter å utøve tjenester på, der en av disse er online interaktiv kommunikasjon (Hauge, 2017, s. 66). Det kan være VK-møter som benyttes til både samhandling og til konsultasjoner.

Uttrykket VK-møter blir derfor benyttet i denne studien og betyr bruk i både samhandlingsøyemed og i en til en oppfølging, som for eksempel konsultasjon av helsepersonell. Noen steder i teksten brukes også ordene kommunikasjonsverktøy, video, videomøter, videokonsultasjon, digitale møter, digitale konsultasjoner eller «på skjerm», i istedenfor VK-møter. Ordene er benyttet for å beskrive situasjonen i større grad, slik informantene gjorde. I tillegg omtales slik teknologi som webinar, og representerer opplæring, veiledning og kurs. Sistnevnte går vi ikke inn på i denne studien.

1.1.2 Kunnskapsgrunnlag

For litteratursøk er det benyttet USN sin søkemotor Oria via Bibliotekets webside. Jeg har også benyttet Google scholar i enkelte søk. Noe av referansene er fra pensumlitteratur fra studiet, studiekollegaer, veiledere, og mye er funnet som referanser i relevant forskningslitteratur.

Forskning viser at både tjenestemottakere og helsepersonell var fornøyd med VK-møter i kommunal helse- og omsorgstjeneste, selv om noe var avhengig av type konsultasjon (Greenhalgh, 2020; Thiyagarajan, 2020). Raskere tilgang på tjenester, reduserte reisekonstanter og praktisk for tjenestemottakere ble trukket frem som positivt. Flere pasienter følte at VK-møter var personorientert, men foretrakk ansikt til ansikt. Tilgang på utstyr og nettforbindelse kan også bidra til ekskludering av noen gruppe mennesker, og noe som må tas hensyn til.

To studier viste at dersom partene har truffet hverandre før fysisk, fungerte VK-møter bedre (Greenhalgh, 2018; Silsand, 2021). Et personorientert fokus kunne opprettholdes med en kombinasjon av fysiske og digitale møter (Silsand, 2021). Det vises samtidig til kompleksiteten ved å implementere VK-møter i organisasjoner nølende til endring.

Forskning viser likevel at VK-møter benyttet i oppfølging av diagnosene angst og posttraumatisk stress, ble opplevd som et effektivt og trygt alternativ til fysiske møter (Berryhill, 2019; Bolton, 2015). Oppfølging av fysioterapi med VK-møter til muskel og skjelett problematikk, viser til fornøyde brukere og positive resultat, men også til behov for mer forskning (Grona, 2017). Valg av VK-møter må likevel vurderes i enhver situasjon, spesielt overfor sårbare brukere i en vanskelig livssituasjon (Gullslett et al., 2021; Thiyagarajan, 2020).

Basert på slik informasjon, er det nærliggende å stille seg spørsmålet om VK-møter, som verktøy i samhandling og oppfølging fra helsepersonell, kan bidra til at tjenestene kan oppleves som helhetlige, trygge, tilgjengelige og koordinerte som er adressert i både Samhandlingsreformen og Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014-2015); Meld. St. 47 (2008-2009)).

Selv om mulighetene for telehelse er flere, viser forskning at implementering er kompleks organisatorisk, ledelsen må involveres og det må samarbeides mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste (J. Dugstad et al., 2015; Nilsen, 2020; Nilsen et al., 2016). Annen forskning viser at effektiviserende verktøy avhenger av helsepersonells vilje til å delta i implementering, og deres ferdigheter, holdninger og talent (Koivunen, 2018; Perrin, 2006). Nyere forskning viser at mangel på strategisk plan, ansattes motstand for endring og tekniske erfaringer utfordrer utvikling av VK-møter som en tjeneste (James, 2021).

1.2 STUDIENS PROBLEMSTILLING OG FORMÅL

Studiens problemstilling og formål presenteres her, sammen med studiens kontekst. Et grunnleggende arbeide for kommunalt helsepersonell er å gi oppfølging til personer som trenger helsetjenester. Formålet med kommunale helse- og omsorgstjenester er å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne ...» i § 1-1 Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Samtidig stilles det krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet der bruker av helse- og omsorgstjenestene skal gis

helhetlige og koordinerte tjenestetilbud (2012). Helsepersonell har taushetsplikt (Helsepersonelloven, 2017), og skal følge retningslinjer for ivaretagelse av personopplysninger også ved bruk av VK-møter. Dette er regulert ved norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen), og forutsetter blant annet krypterte ende til ende videoplattformer i digitale møter (Direktoratet for ehelse, 2006). Med det juridiske utgangspunktet vil det stilles krav til forsvarlige bruk av video ved konsultasjoner og samhandling.

Formålet med denne studien er å produsere kunnskap som kan bidra til å beskrive og forstå utfordringer knyttet til etablering og utvikling av forsvarlig bruk av VK-møter i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Måten denne kunnskapen skal komme frem på er å intervju helsepersonell ansatt i helse- og omsorgstjenesten, som har erfaring med bruk av VK-møter. Studiens problemstilling er derfor: «Hvordan bruke helsepersonells erfaringer til å få kunnskap om implementering av VK-møter».

1.2.1 Studiens kontekst

Denne studien fremstiller en kommunal helse- og omsorgstjeneste som hadde benyttet VK-møter i et år og seks måneder, når intervjuene ble utført mellom august og oktober 2021. Beslutningen om å benytte VK-møter, var en konsekvens av fysiske restriksjoner på kontakt i en pandemi (Helsenorge, 2021). Dette var en beslutning tatt av helsemyndighetene, der det samtidig ble oppmuntret til å bruke VK-møter (Bent Høie, 2020). Helsepersonell som ble intervjuet hadde helseprofesjon bakgrunn, og utøvde sin praksis på bakgrunn av det. Noen hadde fagansvar, og en var mellomleder. Som vi var inne på i innledningen ble VK-møter tilgjengelig i for hele helse- og omsorgstjenesten, også omtalt organisasjonen. Organisasjonen omfatter flere virksomheter og i studien er helsepersonell representert fra ambulerende tjenester som hjemmesykepleien, psykiatri- og rus omsorg, samt re-/habiliterende tjenester for voksne som bor i eget hjem. Helsepersonell er også representert som jobber i helsefremmende, forebyggende tjenester, samt habilitering og rehabilitering tjenester ved helsesykepleier, ergoterapi og fysioterapi for barn- og voksne. Akutte tjenester som legevakt og tildelerenhet har også benyttet VK-møter, og er

representert i forskningsmaterialet. Virksomheter som sykehjem, dag- og aktivitetssentre og fastlegekontor er ikke med i studien på bakgrunn av behov for å avgrense studiens omfang.

I kommunens helse- og omsorgstjeneste har overnevnte virksomheter hatt muligheten og tilgang til å bruke VK-møter. VK-møter ble holdt på videoplattformer, som plattformene Skype (Microsoft, 2022a), Join (Helsenett, 2022), Teams (Microsoft, 2022b) og Confrere (Confrere, 2022). Disse videoplattformene var tilgjengelig for alle ansatte. Deres opplevelser og erfaringer med å anvende disse i arbeidshverdagen anses som verdifullt for å innhente mer kunnskap om VK-møter i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Jeg benytter uttrykkene opplevelser og erfaringer litt om hverandre. Uttrykkene er likevel forskjellige der erfaring kan erkjennes som en bevisst opplevelse, og opplevelser som mer ubevisst, men som erkjennes i intervjuet der bruken av VK-utforskes. Grunnlaget for å innhente informasjon fra et slikt standpunktet utdypes i punkt 3.1., som utdyper studiens fenomenologiske hermeneutiske design.

Tradisjonelt har konsultasjoner og samhandlingsmøter vært utført fysisk i samme rommet i helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av helsemyndigheters restriksjoner på fysisk kontakt (Helsenorge, 2021), ble VK-møter benyttet. Det var ulik praksis i hver virksomhet, og det var opp til virksomheten og helsepersonell å vurdere hvilken videoplattform de ønsket å benytte, og hvordan de ville benytte den. Det ble ikke laget en implementeringsplan for «den nye intervensjonen», som her er i studien vises til som verktøyet VK-møter. Med en implementeringsplan menes en plan for implementering av VK-møter, i organisasjonen helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell som deltar i dette forskningsprosjektet benevnes som informanter. Personer som tar i bruk helsetjenester, omtales som pasienter, brukere og tjenestemottakere. I studien vil disse benevnes på ulike måter fordi informantene og litteratur benevner de forskjellig. Det er likefremt viktig å presisere at personer som benytter helsetjenester, og omtales i studien, er innbygger, borger eller individ, og skal karakteriseres som mer enn den sykdommen eller lidelsen som gir grunnlaget for hjelp fra helsetjenesten (Ekman, 2014, s. 39).

1.2.1.1 Møter som endres fra fysisk til digitale

I studien blir det referert til ulike møter og at disse har gått fra fysiske til digitale, som en konsekvens av koronapandemien. VK-møter er benyttet til å gi helsetjenester, samt koordinering, planlegging og kartlegging av behov. Slike møter varer i gjennomsnitt fra 20 min til 2 timer, alt avhengig av innhold. I dette avsnittet gjør vi rede for hvilke typer møter dette består av, for å forklare konteksten som VK-møter benyttes i.

- *Samhandlingsmøter:* er ulike typer samarbeidsmøter. Det kan være med tjenestemottaker og helsepersonell der partene representerer spesialisthelsetjeneste og flere virksomheter innen primærhelsetjenesten. Det kan være saks møter der kommunale tjenester og tildelingskontor revurderer tjenester og omfang på et administrativt nivå, etter kartlegging. Samhandlingsmøter kan også være møter med tjenestemottaker, pårørende og helsepersonell. Karakteristisk for slike møter er ofte brukers mål og verdier, og tiltak for å nå disse.
- *Internmøter:* er personalmøter eller fagmøter innen helse- og omsorgstjenesten. De kan også kjennetegnes som administrative møter og ofte organisert innen egen virksomhet.
- *Ansvarsgruppemøter:* er møter som dannet på bakgrunn av vedtak på koordinator og individuell plan. Slike møter kaller koordinator inn til. Partene i et slikt møte kan være representert fra primær- og spesialisthelsetjeneste, utdanning, NAV, arbeidsplass etc. Tjenestemottaker og pårørende er til stede der mål og tiltak i IP setter preg på møtet.
- *Konsultasjoner:* er avtaler mellom helsepersonell og tjenestemottaker eller pårørende. Det kan være i behandlingsøyemed, forebyggende eller utarbeidelse av en ny IP før eller etter et ansvarsgruppemøte.

1.3 STUDIENS RELEVANS FOR KOMMUNAL HELSE- OG OMSORG

Kommende avsnitt omhandler hvorfor en plan for implementering kan være nyttig, og avslutter med en refleksjon på hvorfor studien kan ha relevans for helse- og omsorgstjenesten. Som vi har vært inne på i bakgrunn for tema 1.1, kan implementering være like kompleks som utfordringene helse- og omsorgstjenesten er satt til å ivareta. Det kan derfor være nyttig med et implementeringsverktøy når det tas i bruk et nytt kommunikasjonsverktøy, som erstatter fysiske møter i helse- og omsorgstjenesten. Slike implementeringsverktøy kan være resultat av implementeringsforskning og kan gi informasjon om hvordan planlegge for å klare å ta et kommunikasjonsverktøy i bruk og/eller evaluere for videre bruk.

1.3.1 Kunnskapsbasert implementering

Selv om kommunen ikke formaliserte bruk av VK-møter gjennom et implementeringsprosjekt, på det tidspunktet intervjuene ble foretatt, kan implementeringsforskning være et aktuelt tema i offentlige virksomheter. Implementeringsforskning poengterer fordelene av å benytte kunnskapsbasert beslutningsstøtte når nye arbeidsmetoder igangsettes, og evalueres. En kjent forsker innen feltet for digitalisering og implementering av helse- og omsorgstjenester, mener målet med forskning bør være å øke verdien av forskningen, slik at det tilrettelegges for best mulig praksis, som gagnar vårt velferdssamfunn (Greenhalgh, 2017, s. 3).

I lys av slik kunnskap er det valgt å se studiens funn opp imot et teoretisk implementeringsrammeverk som kan synliggjøre ulike faktorer som både kan fremme og hemme at nye verktøy eller arbeidsmetoder tas i bruk. Slik kunnskap kan være relevant når nye verktøy krever endringer i arbeidsrutiner og arbeidsmåter.

Ved å benytte et forskningsbasert implementeringsrammeverk i diskusjon rundt studiens funn, kan det gi forståelse og kunnskap om VK-bruk i kommunal helse- og omsorg. Studien kan ha relevans fordi slik kunnskap kan være hensiktsmessig for å etablere, opprettholde og ivareta kvalitet på digitale helsetjenester, på lik linje med andre helse- og omsorgstjenester.

2. TEORETISK GRUNNLAG

2.1 IMPLEMENTERING AV TEKNOLOGI I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Implementeringsrammeverk som «Consolidated Framework For Implementation Research» (CFIR), «Theoretical Domains Framework» (TDF) og «Nonadoption, Abandonment, and challenges to the Scale-up, Spread, and Sustainability» (NASSS) blir presentert i dette kapitlet.

Før jeg går i detaljer, går jeg kort gjennom hvorfor CFIR er valgt som et teoretisk rammeverk for denne studien. Implementering handler ofte om individer fordi det er de som gjør jobben med å ta i bruk for eksempel et teknologisk verktøy. Kunnskap om implementering handler derfor ofte om kunnskap om adferdsendring. Altså hva er det som får noen individer til å ta i bruk nye verktøy, og andre ikke. Individer, her helsepersonell, er ansatt i ulike deler av en virksomhet og/eller organisasjoner som har sine arbeidsoppgaver, retningslinjer, prosesser, utstyr og ledere. Det betyr at de ansattes miljø også har en betydning for implementering. I rammeverket TDF er individers motivasjon og ferdigheter vektlagt i stor grad. Det kan vurderes til at et slikt rammeverk kunne gitt mer informasjon om helsepersonell, da det er de som er informanter, og det fokuseres mer menneskelige faktorer enn CFIR gjør. CFIR fokuserer mer på indre- og ytre miljø og selve implementeringsprosessen, enn helsepersonell i seg selv. Det vurderes likevel at CFIR med et bredt fokus, som på arbeidsforhold i organisasjonen, er hensiktsmessig når jeg som forsker griper forskningen an fra et metaperspektiv.

NASSS på den andre siden adresserer kompleksiteten i hvilke typer sykdom det teknologiske verktøyet skal benyttes, i domenet «condition». I denne studien er ikke det hensiktsmessig fordi ulike implementering gjøres i ulike virksomheter, som ivaretar ulike «conditions». Domenet «value proposition» er også vanskelig å svare opp fordi virksomhetene, har ulike verdier og behov, pga. ulike oppgaver. Med mitt ståsted som forsker går jeg ikke dypt inn i de ulike virksomheter som gir tjenester i et spenn fra forebyggende lavterskel, rehabiliterende, til akutte tjenester og administrativ tjenestetildeling. Derfor vil ikke NASSS

kunne adressere alle hemmere og fremmere like effektivt som CFIR gjør, som ved å se hele organisasjonen under ett, som faktoren structural characteristics i domenet «Inner setting» diskuterer. I litteraturen vises det også til viktigheten av å benytte et relevant rammeverk som kan hjelpe til med implementering og dermed teknologiens bæreevne i fremtidens helsetjenester (James, 2021). De ulike rammeverkene som det ble tatt stilling til i denne studien vises til i delkapitlene under.

2.1.1 CFIR

Damschroder m.fl. (2009) har i sitt forskningsbaserte rammeverk CFIR, basert implementering av nye arbeidsverktøy eller metoder, på flere teorier (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2020). Disse teoriene beskriver faktorer som kan benyttes til å planlegge og gjennomføre en implementeringsprosess, men kan også benyttes i evaluering underveis ved lengre endringsprosesser. CFIR anses å ha en bred tilnærming og et hjelpemiddel ved evaluering underveis i implementeringsprosesser (Keith et al., 2017).

I denne studien vil jeg benytte rammeverket for å evaluere helsepersonells erfaringer med VK-møter, et verktøy som ble «tvunget» på ansatte i en pandemi. Selv om bruk av VK-møter ikke er en planlagt implementering, ses det som hensiktsmessig å bruke CFIR i en evaluering av helsepersonells erfaringer, for å innhente mer kunnskap om bruk av VK-møter i en helse- og omsorgstjeneste. CFIR tar for seg flere deler i en organisasjon; som karakteristikk på individer og deres karakteristikk på intervensjonen, miljøets ytre- og indre omstendigheter og selve implementerings prosjektet. Hele helse- og omsorgstjenesten ses i lys av CFIR, som en organisasjon bestående av flere avdelinger (virksomheter) som er beskrevet i kapittel 1.3.1. om studiens kontekst.

2.1.1.1 Intervention Characteristics (Intervensjonens egenskaper)

Intervensjonens egenskaper omhandler hvordan helsepersonell opplever intervensjonen, som et nytt verktøyet eller en metode som tas i bruk. Det er flere faktorer og disse kan være blant annet ansattes holdninger til intervensjonens kvalitet ved «Evidence Strength and Quality» (bevisstyrke og kvalitet). Selv om sterke bevis på gode resultater er bra, vil det ikke alltid være grunnlaget for å ta noe i bruk (Fitzgerald & Dopson, 2005).

Den relative fordel, eller «Relative Advantage», altså hvordan intervensjonen oppleves i forhold til alternative muligheter, anses som en faktor av betydning. Hvis for eksempel helsepersonell oppfatter en klar, entydig fordel med for eksempel ny teknologi, er det mer sannsynlig at implementeringen vil lykkes (Denis & Lozeau, 2002; Dopson et al., 2010; Greenhalgh, 2004; Grol, 2007; Meyer, 1988). Verktøyet må ofte være tatt i bruk for at helsepersonell skal kunne erfare og vurdere fordelene med å bruke det. En innsats for å demonstrere fordelene med verktøyet kan hjelpe til med implementeringen (Dopson et al., 2010; Grol, 2007; T. Greenhalgh, 2004). Når verktøyet synliggjøres, kan det være lettere for helsepersonell å oppfatte og forstå fordelene. Mange verktøy er vanskelig å få kjennskap til uten å bruke dem i praksis, derfor kan fordelene være vanskelig å få grep om (Tucker et al., 2007).

I tillegg er verktøyets tilpasningsevne eller «Adaptability», en relevant faktor når det gjelder implementering. Verktøyets komponenter eller «natur» skal passe inn i de ulike virksomhetene i en organisasjon (Fixsen, 2005; Greenhalgh, 2004). Informasjon om verktøyets egenskaper i forhold til organisasjonens system og arbeidsstruktur, kan være hensiktsmessig for å nytte gjøre seg verktøyet (Denis & Lozeau, 2002). «Complexity» (kompleksitet) adresserer hvor vanskelig en implementering er i omfang og varighet kombinert med helsepersonells oppfatning av kompleksiteten. Intervensjonens karakteristikk, om det omfatter å lære seg et dataprogram, eller andre arbeidsmåter, påvirker helsepersonells oppfattelse av kompleksitet (Greenhalgh, 2004; Grol, 2007). Dersom intervensjonen anerkjennes å være kompleks kan det resultere i at det settes inn mer arbeid for å få til bruken, noe som kan fremme implementeringen (Edmondson et al., 2001).

2.1.1.2 Outer Setting (Ytre setting)

Ytre miljø innehar flere faktorer som kan spille inn på om et nytt verktøy tas i bruk eller ikke, og i hvilken grad (Greenhalgh, 2004). Det kan være faglige krav, politiske føringer, samfunnsnormer og/eller trender og personorienterte tjenester, som kan påvirke en virksomhets valg om retning, utenifra. Koronapandemien og restriksjoner på fysisk kontakt fra helsemyndighetene er et eksempel på ytre omstendigheter, som påvirket helsetjenesten til å ta i bruk digitale møter istedenfor fysiske. «Patient Needs and Resources» (pasientens behov og ressurser) adresserer tjenestemottakernes behov, og er en fremmede faktor for

implementering av et nytt verktøy, fordi helse- og omsorgstjenesten skal ivareta brukermedvirkning og forsøke å imøtekomme pasientens behov (Shortell et al., 2004). dersom tjenestemottakere ønsker å benytte for eksempel VK-møter fremmer det implementering fordi helse- og omsorgstjenesten skal imøtekomme brukernes behov og ressurser når det er forsvarlig og hensiktsmessig.

2.1.1.3 Inner Setting (Indre setting)

Indre omstendigheter presenterer faktorer innad i en organisasjon eller virksomhet som kan beskrive eller ta «temperaturen» på virksomheten i forhold til hvor klar, eller ikke, den er for å etablere nye arbeidsmåter. En virksomhets kultur, dens verdier og normer er faktorer som spiller inn når intervensjonen erfares blant ansatte som skal bruke intervensjonen i daglig drift. «Structural Characteristics» (strukturelle egenskaper) adresserer organisasjonens sosiale arkitektur. Sosial arkitektur kan beskrive hvordan, og hvor mange ansatte som jobber i de ulike virksomhetene, og hvordan de er sammensatt som en helhetlig organisasjon. Store organisasjoner, kan være hemmende for implementering når virksomhetene innad har ulike oppgaver og derfor ulike behov som må adresseres i flere byråkratiske administrative enheter (Van de Ven, 1986; Walston et al., 2001). Helsepersonells felles oppfatning av hvor viktig implementeringen er, refereres til ved «Relative Priority» (relativ prioritet). Dersom helsepersonell oppfatter den som viktig, vil det være fremmende for metoden (Feldstein & Glasgow, 2008; Helfrich et al., 2007; Klein, 1996). «Learning Climate» (lærings klima) adresserer organisasjoner som legger til rette for «prøv og feil», tid til refleksjon/evaluering, og er ofte et fremmende miljø for implementering. Videre omfatter dette domenet ressurser dedikert til implementeringen, «Leadership Engagement» (lederens engasjement), samt tilgjengelig kunnskap og informasjon om intervensjonen. Disse faktorene kan påvirke intervensjonen i en organisasjon (Helfrich et al., 2007; Klein, 2001; Lukas et al., 2007; Meyer, 1988). «Compatibility» (kompatibilitet) omfatter hvordan intervensjonen stemmer overens med eksisterende arbeidsflyt og systemer. Samtidig helsepersonells oppfatning av mening med, og verdien av den i organisasjonen. Dette ses i sammenheng med helsepersonells egne normer, verdier, opplevde risikoer og behov (Greenhalgh, 2004; Klein, 1996). Hvordan intervensjonen er oppfattet å passe inn i organisasjonen er en viktig faktor for vellykket implementering (Helfrich et al., 2007).

2.1.1.4 Characteristics of Individuals (Individens egenskaper)

Karakteristikk på individer adresserer de ulike personenes rolle, som utspiller seg i kontakt med intervensjonen som iverksettes. Individens holdninger og oppfatninger av intervensjonen er relevant i denne delen. Her spiller menneskelige faktorer som holdninger, kunnskap og entusiasme overfor intervensjonen en rolle (Greenhalgh, 2004). Smittende entusiasme fra kollegaer, kan ha større kraft enn faktakunnskap og prinsipper for bruk, og omtales i faktoren «Knowledge and Beliefs» (kunnskap og overbevisning) (Klein, 1996). «Individual Stages of Change» (individuelle endringssteg) karakteriserer hvilken fase; som «skilled», «enthusiastic» og «sustained» helsepersonell er i, ved bruk av et nytt verktøy. Slike målinger kan gi informasjon om hvilke tiltak som bør settes inn for å bidra til implementering (Grol, 2007). En virksomhets strategiske anvendelse av dette, kan påvirke en implementeringsprosess i ønsket retning.

2.1.1.5 Process (Implementeringsprosjekt)

Process er selve implementeringsprosjektet fra planlegging og til evaluering, som beskriver flere faktorer som kan påvirke en implementering (Greenhalgh, 2004). Faktoren «Reflecting and Evaluating» (refleksjon og evaluering) beskriver at kvantitativ og kvalitative tilbakemeldinger på progresjon og erfaring, sammen med regelmessig refleksjon individuelt eller i team. Forskning viser at slike tilbakemeldinger har essensiell påvirkning på individuell adferd, og vurderes å ha sterk til moderat innvirkning på organisasjonsnivå (Greenhalgh, 2004). Det vises til en rapport der kunnskap om personers oppfatninger, motivasjon, ferdigheter og miljø kan være nøkkelen til å påvirke mellommenneskelige adferd (U.S. Department of Health and Human Services, 2005). Slike refleksjoner opprettholder et læringsklima, der til og med feil som er gjort kan fremme implementering, fordi refleksjon og læring gir mer kunnskap.

2.1.2 TDF

Rammeverket TDF innehar domeneene «Opportunity» (Mulighet), «Motivation» (Motivasjon) og «Capability» (Kapabilitet). Det kan benyttes til planlegging og evaluering. TDF fokuserer primært på helsepersonell som individer, deres ferdigheter, optimisme, kunnskap og tro på egne evner. Rammeverket benytter 33 psykologiske teorier relevant overfor adferdsendring, roller, mål, identitet, og tro på konsekvenser. Slike faktorer kan på hver sin måte være

fremmende og hemmende i implementeringsøyemed. TDF fokuserer derfor mest på individers karakteristikk og evner (Birken et al., 2018; Cane, 2012).

2.1.3 NASSS

Forfatteren av rammeverket har betydelig erfaring fra kvalitativ forskning og en narrativ systematisk oversikt (Greenhalgh et al., 2017), som formet rammeverkets design.

Forskningen tar for seg en evaluering og forbedring i primær- og spesialisthelsetjeneste og implementeringen av en rekke teknologier på tvers av ulike helseutfordringer.

Rammeverket tar for seg 7 domener som er;

- «Condition»: adresserer kompleksiteten i sykdommer, som for eksempel geriatri eller kognisjon.
- «Technology»: adresserer til kompleksitet i selve teknologien. Mindre komplekse, solide teknologier, er billigere for organisasjonen, og kan eventuelt erstattes.
- «Values proposition»: adresserer teknologiens verdi. Dersom teknologien er tydelig i bruk og har god avkastningen på investering, vurderes teknologien mindre kompleks å implementere, enn teknologi som fremstår med uavklar verdi for en organisasjon.
- «Adopter system»: Adresseres de som skal bruke teknologien. Deres kapasitet eller vilje til å ta den i bruk. Forfatteren mener at dette er den vanligste årsaken til svikt i bruk av helseteknologier.
- «Health/care organisations»: adresserer om teknologien passer systemene som allerede benyttes i organisasjonen, kompleksiteten refereres til relevante begrensninger som budsjett og infrastruktur (nettilgang og utstyr).
- «Wider system»: adresserer om teknologien er i tråd med organisasjonens relevante faglige retningslinjer og interne prosedyrer
- «Continuous embedding and adaptation over time»: adresserer teknologiens fleksibilitet over tid, altså hvor fremtidssikret den er.

2.2 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING

Det stilles ulike krav til kommunikasjon og samhandling når det utøves i fysisk samme rom, og når det utføres på skjerm. Kapitlet tar for seg ulike teoretiske perspektiv på kommunikasjon som kan ha betydning for samhandling.

2.2.1 Ikke-verbal og verbal kommunikasjon

Kommunikasjon mellom tjenestemottaker og helsepersonell er en forutsetning for god og forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Målet er helhelhetlige og koordinerte forløp, og det krever samhandling med alle parter som er involvert i en slik prosess. Slike parter er ofte tjenestemottaker, pårørende, kommunal- og spesialisthelsetjenesten, forvaltningskontor eller andre offentlige instanser som utdanning og NAV.

Kommunikasjon kan beskrives som interaksjon mellom to eller flere parter, der det kombineres mellom initiativ og respons på tale eller tegn, og karakteriseres som både verbal og ikke-verbal. Verbal som ved gråt, latter og tale, på lik linje med ikke-verbal kommunikasjon som omhandler kroppsspråk som berøring/ta på noen, nærhet, ansiktsuttrykk, bevegelser, øyekontakt, holdning, adferd, gester og lukt som kan gi informasjon ut over det verbale (Eide & Eide, 2017, s. 31; McCormack, 2017, s. 44)

Ekman arbeid viste at sansing, følelser og emosjoner kan observeres i ansiktsuttrykk. Uttrykkene er universelle og av biologisk, ikke kulturell opprinnelse, og kan omtales som ikke-verbal kommunikasjon (Ekman, 1971). Likeledes kan stemmen sammen med ansiktsuttrykk, kroppsspositur og bevegelser gi signaler om emosjoner. Mangel på uttrykk kan også være et emosjonelt uttrykk, og må ses i betraktning med tidligere adferd, for å kunne tolkes (Ekman, 1993).

Eide mener også at ikke-verbalt uttrykk må fortolkes, noe som er utfordrende, fordi fortolkninger sjeldent er presise. Å respondere på ikke-verbalt uttrykk som å ha øyekontakt med åpen kroppsholdning, nikke bekreftende med vennlig stemme og tilstedeværelse kan betegnes som gode ikke-verbale kommunikasjonsferdigheter (2017, s. 136). Slik respons kan «bygge opp tillit, trygghet og motivasjon» (2017, s. 137). Hvordan sykepleiere kommuniserer

mener Travelbee også kan påvirke et forhold mellom helsepersonell og den som trenger helsetjenester. Likegyldighet kan skape avstand, mens derimot å vise interesse, omsorg og empati kan gjøre forholdet nærere (Travelbee, 1999).

2.2.2. Brukermedvirkning

I utskrivelser fra sykehus til kommune, og i valg av kommunale tjenester skal brukere stå sentralt. Rettigheten til involvering i valg av helsetjeneste er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001), og skal tilrettelegges for og av helsepersonell. I senere år har medisinsk orientert fokus, skiftet til personorientert for å sette fokus på brukermedvirkning slik at tjenestemottaker er en aktiv part, i sin sykdom. Dette er et globalt fokus for å ivareta personen som mottar tjenester, og mindre fokus på diagnoser i etablering og utførelse av helse- og omsorgstjenester (World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 2007). Dette har fått uttrykk ved en stortingsmelding der regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste, der spørsmålet «hva er viktig for deg» skal være førende i møtet mellom den som trenger helsetjenester og helsepersonell. Det oppmuntres til å skape et slikt personorientert fokus for å koordinere og samhandle rundt tjenestemottakere (Meld. St. 7 (2019-2020)). Forskning gjort i Nord-Norge viser at et personorientert fokus i samhandling på VK-møter er nyttig, når kartleggingsfasen og de første møtene med tjenestemottaker var utført fysisk i forkant sammen med helsepersonell (Silsand, 2021).

McCormack mener at personorientert praksis kjennetegnes ved en holistisk tilnærming til tjenestemottakers mål og verdier, som å kartlegge «hva er viktig for deg?». At helsepersonell klarer å forstå personens utgangspunkt, er viktig i videre utøvelse av helsetjenester. For å få til dette bør grunnlaget etableres på bakgrunn av en effektiv kommunikasjon mellom partene, en kombinasjon av ikke-verbal og verbal kommunikasjon. I personorientert kommunikasjon er det naturlig å spørre tjenestemottaker «hva er viktig for deg», som også ivaretar kravet om å utøve brukermedvirkning (McCormack et al., 2021, s. 27).

2.2.3 Småpraten mennesker imellom

Goffman mener at blikkontakt og småprat har betydning for hvordan vi presenterer oss selv, og tilpasser oss samhandlingssituasjonen. Han mener at vår identitet som mennesker blir til i møte med andre. At vi mennesker blir subjekter (i den rollen vi tar), i motsetning til kun

objekter som «pasient» eller «sykepleier». I denne studien vil jeg ikke gå dypt inn i Goffmans teorier, men slå veksler på hans tolkning av sosial samhandling. Han mener at ved å inkluderes i en samhandling ved gester og alminnelig småsnakk, blir vi en del av en felles forståelse av situasjonen, et skapt felleskap (Goffman, 1992, s. 91).

Skatvedt fant i sin forskning at småsnakk mellom personell og rusmisbruker, kunne bidra til at misbrukeren endret syn på seg selv, fra misbruker til mer alminnelig. Dette var interessant for tilfriskning på rehabiliteringsinstitusjonen, der de kunne benytte situasjoner utenom behandlingsrommet (2009).

I Goffmans dramaturgiske analyse benytter han begrepene backstage og frontstage, og viser til ulike typer regi på samhandling. Som når adferden vår er annerledes hjemme (backstage) og på jobb (frontstage), for eksempel. Vi presenterer oss selv ulikt, og tilpasser oss den situasjonen vi er i. Om vi iscenesetter dette samhandlingsscenarioet med VK-møter, vil helsepersonellet bak skjermen karakteriseres som backstage (når lyd og bilde er av), og i aktiv samhandling med øvrige deltagere som en frontstage situasjon. Er du i et digitalt møte, krever det kun to knapper, så er du ut av møtet, og omvendt. Frontstage og backstage er derfor kun to tastetrykk unna. Dersom en deltager glemmer at lyd og bilde er på, og utøver en handling som undergraver situasjonen på skjerm, kan det oppleves problematisk for samhandlingen (Goffman, 1992, s. 101). Goffman mener at misvisende eller mystifiserende opptreden, kan smitte på andre, dersom adferden ikke reguleres. Resultatet av å ikke angi slik opptreden, kan forårsake et sammenbrudd av det som kan defineres som samhandling (Goffman, 1992, s. 62)

Dette leder oss til Sherry Turkle (1995, s. 178) og hennes forskning. Hun mener at dersom mye av sosialiseringen foregår på skjerm eller online, kan det skape ulike identiteter, en identitet på skjerm, og en identitet ansikt til ansikt. At skille mellom disse kan være vanskelig å forene, noe som kan komplisere allerede skjøre mellommenneskelige relasjoner. Turkle mener at man ikke må undergrave effekten som «livet på skjermen» kan gi, slik som for eksempel at noen kan skjule sine emosjoner og ikke vise hvordan man virkelig har det. I samme rom er det ikke så lett å skjule, men på skjerm er det lett. Eller at skjermen gir selvtillit til en som i et fysisk møte er heller mer sjenert, som person.

2.3 DIGITAL KOMPETANSE

Som vi har vært inne på i forrige kapittel erfares kommunikasjon og samhandling komplekst og utfordrende i noen situasjoner, noe helsepersonell må være bevisst på for å ivareta brukermedvirkning. Det som utfordrer medvirkning, kan være relatert til sykdom. Sykdom kan også gjøre det vanskelig å forstå medisinske opplysninger om seg selv. Å ha helsekompetanse kan defineres som «grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon med den hensikt å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen. Dette kan handle om å ta avgjørelser relatert til hvordan en forebygger sykdom, om en har behov for helsetjenester, og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet» (Le, 2021). Definisjonen er hentet fra den samme rapporten som beskrev at 33 % av befolkningen mangler kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for at tjenestemottakere selv tar en aktiv rolle overfor sin helse. Rapporten beskrev også digital kompetanse som blant annet «besitte digitale ferdigheter og beredskap til å ta i bruk digitale helsetjenester», viste at befolkninger over 65 år, lavt utdannede og personer med langvarige sykdommer har svakere ferdigheter, og derfor mindre beredt på bruke digitale helsetjenester (2021).

Når teknologi som VK-møter benyttes i samarbeid med tjenestemottakere er det derfor viktig at det for det første sjekkes om de som skal bruke den har tilgang på utstyr, og i tillegg kan bruke det. I et digitalt møte kan det også oppstå kommunikasjonsvansker, som vi har vært inne på i delkapittel 2.2. Dette i tillegg til kunnskap om bruk av teknologisk utstyr og kapasitet på internett, kan påvirke kvaliteten på VK-møter. Nyere forskning viser at turtaking på VK-møter kan gi utfordringer, og påvirke samhandlingen på skjerm. Turtaking i seg selv er bygget på prinsipper for organisering av sosial interaksjon. Forsinkelser i lyd på VK-møter kan forårsake vansker med turtaking. Deltagere forholdt seg stille når de burde respondert, noe som kan hindre språkflyt og resulterer i at flere snakker i munn på hverandre. Denne forskningen viste at deltagere kunne ha samme adferd på VK-møter som når de er i samme rom, og forsinkelsen ble ikke registrert før det ble problematisk (Seuren, 2021).

Greenhalgh (2018) vektlegger at å anerkjenne kompleksiteten i bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenesten, kan det gjøre implementeringen lettere da viktige elementer fanges opp og adresseres. Forskning viser til gode resultat dersom helsepersonell involverer seg i utviklingen og bruk av kommunikasjonsteknologi (While & Dewsbury, 2011). Det kan bety at helse- og omsorgstjenesten bør ta med seg et slik perspektiv i utarbeidelsen av VK-møter og andre velferdsteknologier. Fuglerud et al. (2021) viser også til at teknologien som implementeres i helse- og omsorgstjenester kan utgjøre en uoverkommelig barriere dersom den ikke er utformet slik at personer med funksjonsnedsettelse kan bruke den.

Det fører oss over på emnet etikk.

At helsepersonell gjør etiske vurderinger når teknologi tas i bruk i helse- og omsorgstjenesten mener Bjørn Hofmann er essensielt. Han viser til ansvaret helsepersonell har for å tilrettelegge for tjenestemottakere slik at de forstår, og kunne nyttiggjøre seg aktuell teknologi. Han har laget et skjema som helsepersonell kan bruke for å gjøre etiske refleksjoner rundt bruk i enkelte situasjoner der teknologi tas i bruk (Hofmann, 2012, 2019).

Kapitlet gir en innføring i implementeringsforskning og trekker spesielt frem CFIR, som et bredt rammeverk for implementering av teknologiske verktøy i en helse- og omsorgstjeneste, med flere domener som spiller inn. Det greies ut om digital og fysisk samhandling, og viser samtidig til at småprat kan ha en rolle for begge områder. Til slutt litt om etiske utfordringer og det ansvaret helsepersonell har ved å ta i bruk teknologiske verktøy i en helse- og omsorgstjeneste.

3. DESIGN OG METODE

3.1 VITENSKAPSTEORI

Studien bygger sin kunnskap på helsepersonells opplevelser ved bruk av VK-møter i sitt arbeid. For å få innsikt og en dypere forståelse for hvordan dette fenomenet oppleves, er det valgt en kvalitativ forskningsmetode. Vi går i dette kapitlet nærmere inn på hvilke vitenskapsteoretiske grunnlag som er valgt for å nå målet med forskningen.

Vitenskapelige paradigmer har preget utviklingen om hvordan vi forstår verden. Skifte fra et paradigme til et annet, oppstår ved erkjennelsen av uforklarlige momenter som ikke strekker til i et vitenskapsperspektiv. Thomas S. Kuhn beskrev utviklingen av vitenskapsteori som paradigmer (Malterud, 2018, s. 26).

I det positivistiske paradigmet som preges av realisme, objektivitet og detaljerte faktiske beskrivelser, benyttes kvantitative forskningsmetoder. Kunnskap som benyttes innen medisin- og helsefag, er utviklet med slike naturvitenskaplige metoder. Når vi i denne oppgaven skal studere hvordan det oppleves for helsepersonell å møte mennesker gjennom en skjerm, må vi bruke humanvitenskaplige teorier og metoder. Vi er ute etter helsepersonells erfaringer, beskrivelser, opplevelser og meninger. Vi søker kunnskap fra hvert enkelt menneske, fordi mennesker føler og opplever fenomen på hver sin måte. Kvalitative metoder plasserer seg derfor, i motsetning til kvantitative metoder, under det fortolkende paradigmet i et vitenskapelig perspektiv (Bondevik, 2018, s. 269).

Filosofen Martin Heidegger har bidratt til et humanistisk kunnskapssyn i tråd med Hans-Georg Gadamer og Paul Ricoeur. De mener at dersom man skal kunne produsere kunnskap innen kvalitative metoder, må menneskers essensielle mening uttrykkes gjennom refleksjoner om hvordan man praktiserer livet og egne handlinger. Både fenomenologien og hermeneutikken er utviklet innen det fortolkende paradigmet, og ivaretar dermed det vitenskapelige og vitenskapsteoretiske ståstedet oppgaven bygger på. Et ståsted som kan

ivareta perspektiv om å bli bevisst det ubevisste, selv om tilnærmingen er ulik i fenomenologien og hermeneutikken.

I hermeneutisk kunnskapsperspektiv er veien til kunnskap gjennom fortolkning. Hermeneutikken setter fenomenet vi studerer i et perspektiv. For eksempel å forstå en teksts mening ut ifra den rammen vi studerer den i. Tekst og handlinger fortolkes på bakgrunn av forforståelse og teorier, og på den måten gi kunnskap om et fenomen (Thagaard, 2018, s. 37). Fenomenologisk kunnskapsperspektiv forutsetter at forsker setter sin forforståelse i parentes, og etterstreber å beskrive fenomenet slik det oppleves for de som forteller sine opplevelser og historier, uten forhåndsbedømming og konklusjoner (Thagaard, 2018, s. 36).

Lindseth og Norberg benytter en fenomenologisk hermeneutisk metode når de forsker på menneskers opplevelse av egen livsverden i sin artikkel. Forskerne er opptatt av menneskers oppfattelse av sin livsverden, altså menneskers opplevelser og erfaringer av et fenomen. Historiene må gjengis i tekst som kan avsløre essensiell mening, en forståelse av fenomenet, ut ifra menneskenes egen livsverden. Forskernes fenomenologiske hermeneutiske fremgangsmåte passer derfor studiens problemstilling, der jeg etterstreber å beskrive fenomenet distansert fra meg som forsker, på lik linje med fenomenologien. Jeg etterstreber å ivareta beskrivelser som er informantenes egne opplevelser. I den produserte transkriberte teksten, er målet å grave dypt mellom delene og helheten, vekselvis i en «jakt» på forhold som kan avsløre fenomenet i tråd med hermeneutisk metodikk på veien til kunnskap (Lindseth & Norberg, 2004, s. 147).

3.2 KVALITATIV METODE

Det er i denne studien valgt kvalitativ metode fordi det er et mål om dybdekunnskap rundt helsepersonells opplevelser med VK-møter, og ikke objektiv kvantifiserbar og kategorisk kunnskap som for eksempel hvor mange som bruker VK-møter i sitt arbeid. Ved kvalitativ metode er det hensiktsmessig å beskrive forskningsprosessen med systematisk kritisk refleksjon, da

metoden forsvarer forskerens tolking av empiri. Kunnskap blir til gjennom forskerens tilstedeværelse og formidlingsevne i prosessen (Alvesson, 2018, s. 8).

Det er flere måter å forklare og forstå veien til vitenskapelig kunnskap. Kort fortalt kan forskere ha tre ulike tilnærminger til empiri; induksjon, deduksjon og abduksjon. Induksjon jobbes ut fra enkelte, individuelle utsagn eller erfaringer, og søker å komme frem til mer omfattende generelle utsagn eller teorier. Induktive metoder kalles erfaringsvitenskaper. Induksjon kan by på problem blant annet fordi induktive slutninger ikke er logisk nødvendige eller bindende, bare mer eller mindre sannsynlige. Det kan derimot være en metode for å skape nye teorier om et fenomen. Deduksjon tester en teori, forsker har da en hypotese det jobbes ut ifra. Abduksjon kan vurderes til å inneha både induksjon og deduksjon, og fremgangsmåten ivaretar samspillet mellom teori og innhentet data (Alvesson, 2018, s. 4)

I denne studien er det valgt å bruke stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI), for å behandle den innsamlede empirien (Tjora, 2021, s. 20). Metoden er empirinær og tar utgangspunkt i hva informantene sier. Dette ble ansett hensiktsmessig fordi informantene jobber i ulike virksomheter og benyttet VK-møter på ulike måter. Arbeidet med empirien hadde en induktiv tilnærming til å begynne med, og trakk inn teori i siste del av analysen der hovedtemaene ble kategorisert, i tråd med abduksjon og ble vurdert til å kunne gi rike beskrivelser av et relativt nytt fenomen i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette beskrives detaljert i kapitlet 3.5.1.

3.2.1 Forskningsintervju

Intervju er ofte brukt ved kvalitativ forskning. Som Kvale og Brinkmann refererer til kan et forskningsintervju være en samtale mellom to personer, der målet er å innhente kunnskap (S. Kvale, 2015). I tråd med studiens fenomenologiske hermeneutiske design, brukes intervju for å få innsikt i helsepersonells, også kalt informanter, sin livsverden. Intervju som metode, er godt egnet til å få informasjon om hvordan informantene forstår og opplever seg selv, og sine omgivelser (Thagaard, 2018, s. 53). Språket skal forsøke å avdekke ubevisste sider og nyanser ved fenomenet (Tjora, 2021, s. 128). Åtte intervju ble transkribert, og gjorde det mulig å analysere det produserte materialet i henhold til studiens design.

3.3 DATAINNSAMLING

I dette kapitlet beskrives detaljert hvordan data ble samlet inn fra flere virksomheter i en kommunal helse- og omsorgstjeneste, for å kvalitetssikre studiens funn. Hensikten er å vise til bevisste valg og prosesser i intervjuguide, utvalg, deltagere, og intervjusituasjon.

Datainnsamlingen hentet inn ulike beskrivelser på hvordan VK-møter var benyttet, der møter mellom mennesker var endret fra fysiske, til digitale over skjerm. Jeg valgte å intervju helsepersonell som hadde fått noe erfaring med dette i sitt arbeid. Overfor noen av informantene var jeg kollega eller tidligere kollega, og for noen var jeg ukjent. Dette er faktorer som kan ha påvirket det empiriske datagrunnlaget, og derfor hensiktsmessig å synliggjøre min tilstedeværelse i datainnsamlingsprosessen (Malterud, 2018, s. 41).

Jeg benyttet tid til å reflektere rundt min rolle. Det ble viktig for meg å sørge for at informantene ikke var farget av at jeg hadde en særinteresse for bruk av videokonferanser i helse- og omsorgstjenesten. Å skille mellom å være en kollega, og en forsker var sentralt. Målet ble å formidle til informantene at jeg i en intervjusituasjon, kun var forsker, og interessert i deres subjektive opplevelser med bruk av video. Et tiltak for å sikre subjektivitet fra informantene, og å samtidig avklare min rolle, ble å sende en e-post med informasjon i forkant av intervjuene.

E-posten poengter viktigheten av å innhente deres subjektive opplevelse, og at mine meninger, som forsker eller ansatt, var likegyldig i intervjusituasjonen. De fikk også beskjed om at de kunne trekke seg fra studien, uten at det ville påvirke vårt forhold som kollegaer, eller studien. Dette for at informantene skulle være trygge på å gi sin ærlig mening i intervjuet, og ikke føle forpliktelse og tvang i noen retning (Thagaard, 2018, s. 93).

3.3.1 Utvalg og utvalgsprosess

Det var viktig at informantene i studien hadde erfaring med bruk av VK-møter, da deres opplevelser og erfaring var essensielt, i tråd med studiens design.

Jeg tok direkte kontakt ved e-post til fagleder, eller leder i virksomhetene. I noen av virksomhetene var det leder som foreslo informanter, fordi leder hadde kunnskap om hvem

som benyttet VK-møter i sitt arbeid. I noen tilfeller tok jeg kontakt med helsepersonell som jeg kjente fra før, og spurte om de var interessert i å være deltagere i en masteroppgave om opplevelser i bruk av VK-møter. Utvalget av informanter var derfor strategisk for å fange bredden i erfaring og opplevelse med bruk av VK-møter. Informantene var ansatt i ulike virksomheter, og to av informantene var ansatt i en virksomhet, men tilhørte ulike team.

3.3.1.1 Inklusjonskriterier og utvalg

Oppsummert ble informanter valgt ut ifra følgende inklusjonskriterier:

- Menn og kvinner
- Alder mellom 20-60 år
- Fulltidsansatt i ulike virksomheter
- Minst 3- årig utdanning
- Noen med mye erfaring med VK-møter
- Noen med lite erfaring med VK-møter

Tabell 1 viser utvalget slik det ble med åtte informanter.

Tabell 1. Utvalg

INFORMANTER	ALDERS GRUPPER	UDANNING
Fiona	40-49	3-årig bachelor med videreutdanning
Patrick	50-59	3-åring
Tone	50-59	3-årig bachelor med videreutdanning
Kine	40-49	3-åring
Mia	40-49	3-årig bachelor med videreutdanning
Line	40-49	3-årig bachelor med videreutdanning
Ellen	60-69	3-årig bachelor med videreutdanning
Heidi	50-59	3-årig bachelor med videreutdanning

Det var viktig for meg å ha noen informanter med betydelig, og andre med mindre erfaring, i bruk av VK-møter, slik at utvalget var nyansert.

Utvalget bestod til å begynne med av seks informanter som alle var helsepersonell, men ble utvidet til åtte.

Dette fordi flere av informantene hadde benyttet seg av VK-møter i større grad enn jeg hadde trodd, og derfor utvidet med to informanter med mindre erfaring med bruk av video. Det ble vurdert til at et bredt utvalg av informanter, med ulike erfaring, i større grad kunne belyse studiens problemstilling (Malterud, 2018, s. 65)

3.3.2 Intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1) ble benyttet, der åpnings spørsmålet var «dette intervjuet handler om VK-møter, hva har du lyst til å snakke om?»

Et åpent spørsmål var hensiktsmessig for å vise min interesse, i deres mening om tema.

Håpet var at informantene valgte å snakke om det som hadde betydning for dem, og at jeg som intervjuer, tok mindre kontroll over intervjusituasjonen (Thoresen, 2020, s. 47).

Spørsmålene ble formet med utgangspunkt i å kunne svare på problemstillingen.

3.3.3 Intervjusituasjonene beskrevet

Informantene valgte lokasjon for intervjuet, og alle intervjuene fant sted på informantenes egen arbeidsplass. Det viste seg også nyttig fordi de kunne vise meg utstyret benyttet til VK-møter. Bruk av video er nytt, og ord og uttrykk kan omtales forskjellig fra person til person. Ved å observere utstyr og bruk kan feilkilder elimineres i gjengivelsen av data (Tjora, 2021, s. 136).

Før intervjuet gjentok jeg overfor informantene, at deres subjektive oppfattelse av VK-møter var betydningsfullt og at min mening ikke hadde verdi i intervjusituasjonen. Dette var samme informasjon som ble gitt i forkant på en e-post til informantene i tråd med mål om validitet i studien (Malterud, 2018, s. 192). Hvert intervju varte i 45 – 60 minutter.

I intervjusituasjonene var det fokus på å legge til rette for at informantene var komfortable, og at deres meninger ble respektert ved at jeg lyttet og hadde oppfølgende spørsmål til det som ble sagt (Tjora, 2021, s. 127). Spørsmålene i intervjuguiden var tilgjengelig når det stoppet opp for informanten. Målet med intervjuet var å følge opp det informantene snakket om.

Det ble benyttet mobilappen Nettskjema-Diktafon. Intervjuene ble sendt elektronisk til Nettskjema, der opptak er sikret som personsensitive data. Dette er et verktøy tilgjengelig for studenter fra Universitetet Sørøst-Norge (USN), gjennom Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2017). I tillegg ble det benyttet en håndholdt opptaker. Det ble forklart til informantene at det bidro til å sikre resultat av opptakene, noe det var forståelse for.

3.4 TRANSKRIBERING

Alle åtte intervjuene ble transkribert detaljert, inkludert latter og nøling. Dette for å motvirke min tolkning av teksten i transkriberingen.

Noen uklare uttalelser ble undersøkt med informant før den ble valgt som kode, for å dobbeltsjekke at jeg hadde forstått innholdet riktig i tråd med induksjon der målet er å kode empirien slik at de oppsummerer hva informantene sier, og ikke tematisere innholdet (Tjora, 2021, s. 185).

3.5 ANALYSE

Aksel Tjoras stegvis deduktiv -induktive metode (SDI) ble benyttet i analyse av empirien (Tjora, 2021). Metoden er i tråd med det fenomenologiske hermeneutiske vitenskapsteoretiske perspektivet og prosessen beskrives nedenfor.

3.5.1 Analyseprosessens trinn

116 koder ble formet på bakgrunn av hva informantene sa, i henhold til SDI metoden. Det reduserte empirien betraktelig. Det ble i neste steg sørget for at det var en kobling mellom datautdrag og koder, noe som dannet utgangspunkt for arbeidet med kodegrupperingen. Prosessen med å redusere kodene, var et omfattende arbeid mellom deler og helhet av datamaterialet. Utsagn ble studert i sin egenhet, og vurdert sammen med intervjuets helhet. Koder som omhandlet samme tema, ble slått sammen dersom det kunne belyse studiens forskningsspørsmål.

Kodene ble forsøkt formet slik at de tematisk skilte seg fra hverandre.

Koder som ikke passet inn i tema som ble avdekket i denne prosessen, ble lagt i en restgruppe. Dette ble gjort for å konsentrere arbeidet om tema, som kunne bidra til å svare på studiens problemstilling (Tjora, 2021, s. 229).

Sent i prosessen med å danne kodegrupper, ble teori og litteratur trukket inn noe som bidro til å danne tre hovedtema. Teori og litteratur som ble brukt i kodeprosessen var CFIR og Goffman, som vises til i kapittel 2. Dette i tråd med SDI der teori trekkes inn på slutten av kode prosessen.

Alle åtte intervjuene ble overført til NVivos analyseprogram, og da arbeidet var så empirinært og dannet 116 koder, var det nyttig med den oversikten som programvaren kunne gi. Det gav også muligheten for å visualisere koder og tekst på en effektiv måte.

3.5.2 Analyseprosessens resultat beskrives

Resultatene av analysen er utviklet på bakgrunn av SDI metodens trinn som er beskrevet i avsnittet over. I tabell 2 på neste side, vises et utdrag av analyseprosessen.

Det er valgt to eksempler for å vise hvordan jeg har jobbet meg frem til hovedtema og kodegrupper (undertema).

Tabell 2. Utdrag fra analyseprosessen

Utdrag av intervju	Kode	Kode grupper	Hovedtema
«Og så synes jeg det er lettere hvis du har for eksempel samhandling med spesialisthelsetjenesten så kan hjemmetjenesten være med, sykehjem (...) flere får informasjon samtidig da sånn i nåtid, istedenfor å få rapporten i etterkant (...) vi får en bredere kartlegging og får nok informasjon da»	Slippe reisevei-flere deltar	Bruk av VK-møter: Økt møtedeltagelse	VK-MØTER KAN SPARE TID FOR HELSEPERSONELL OG TJENESTEMOTTAKERE
«Den spontane snakken, eller slarvingen eller litt sånn ... hva det nå enn er da ... den er jo nesten ikke eksisterende, eh.. og at det gjør at jeg har hatt møter som har gått raskere da. Jøss nå var vi gjennom, for vi har liksom jobbet.. alle har kommet med sine uttalelser, og vi har blitt enige ...»	Skjerm gjør det strukturert og systematisk	Bruk av VK-møter: Skjerm gir fokus	
«En del bare forsvinner fra skjermen. For å hente en kaffe, ta telefoner, beskjeder som jeg tror at de ikke hadde gjort hvis de sitter i et møterom og hatt.. -nå skal vi sitte her å ha møte. Men man blir litt sånn.. det er litt lettere å forsvinne ut. Føler jeg.. når man sitter med en skjerm»	Det er lettere å forsvinne ut når man sitter på skjerm	Kunnskap om digital møter: Møte kvaliteten varierer	KUNNSKAP OM BRUK AV VK-MØTER
«... man har jo en god mulighet til å gi alle ordet etter tur (...) Men det er jo aldri noen garanti for at ting ikke blir sagt. Det tenker jeg ikke man har, og kanskje spesielt for de som synes det er vanskelig å sitte på skjerm, men å prøve å få de til å føle seg inkludert da»	Oppmerksom møteledelse	Struktur for VK-møter: Møteledelse betyr noe	

Det ble vurdert at de tre gjenstående temaene kunne beskrive nye sider ved fenomenet, og derfor valgt som grunnlag for å kunne svare på problemstillingen. Alle utdrag skal være tydelig referert til ved fiktive navn på informanter.

3.6 FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER

For at dette forskningsprosjektet skal ivareta anerkjente etiske retningslinjer, er det innhentet informert samtykke fra alle informanter.

3.6.1 Konfidensialitet og informert samtykke

Det innsamlede intervjumaterialet er lagret på Nettskjema.no (Universitetet i Oslo, 2017) som har Feide innlogging, og er kryptert og sikkert ivaretatt i henhold til konfidensialitet (Thagaard, 2018, s. 20). Studien omhandler ikke sensitive personopplysninger, kun navn og e-postadresse til helsepersonell som valgte å bli med på studien. Et samtykkeskjema ble signert av meg som forsker, og av hver informant, før intervjuet. Samtykkeskjema og informasjonsskriv beskriver også omfang av studien og informerer om at det er mulig å trekke ved behov (vedlegg 2).

3.6.2 Konsekvenser for å delta i forskningsprosjekter

Jeg forsikret informantene om at deres identitet ville være anonym, og at detaljer som ble beskrevet ikke ville være mulig å adressere til dem, kollegaer, eller tjenestemottakere i masteroppgaven. Det var viktig for meg å forsikre informantene om at deres deltagelse i studien skulle oppleves trygg. Det ble informert om at det var ingen konsekvenser for informantene dersom de trakk seg fra studien, noe de ble minnet på også før intervjuet. Det er derfor endret på navn og noen beskrivelser fra informantenes virksomhet, slik at informantenes meddelelse fra egen hverdag, var konfidensielt ivaretatt i hele prosessen. Endringene har ikke påvirket studiens resultat.

Selve lydopptaket av intervjuet ble sent direkte til Nettskjema.no for sikker oppbevaring av personopplysninger. Lydfilene er oppbevart tidsbegrenset på denne nettsiden.

3.6.3 Norsk senter for forskningsdata

Studiens prosjektbeskrivelse ble sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning før start. Studien er godkjent, og alle involverte derav informanter og veiledere, er informert om det. NSD sitt referansenummer er 687362, der deres vurdering var følgende: «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 02.07.2021. Behandlingen kan starte». Prosjektet vil behandle kategorier av personopplysninger frem til 30.09.2022, på bakgrunn av skriftlig samtykke fra informantene jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

3.7 STUDIENS KVALITET

3.7.1 Validitet

Validitet, argumenterer for gyldigheten i forskerens tolkninger, redegjøre for det teoretiske bakteppe og beslutninger som tas undervegs i prosessen med å tolke det innsamlede materialet. Det kan skilles mellom kommunikativ og pragmatisk gyldighet. Kommunikativ gyldighet tester sin kunnskap opp mot forskersamfunnet med dens tidligere teorier og forskning. Pragmatisk gyldighet tester hvorvidt forskningskunnskap fører til forbedring eller endring (Tjora, 2021, s. 260), og relevant i denne studien der vi ser nærmere på hvordan et kommunikasjonsverktøy erfares i bruk i en organisasjon.

Det er relevant å stille spørsmål om denne studiens datainnsamling og funn, svarer på studiens problemstilling, og dermed representerer fullgod og gyldig forskning. Å gjøre rede for mitt ståsted som forsker og fremgangsmåte, kan imøtekomme dette (Malterud, 2018, s. 192). Jeg har forsøkt å gjennomføre studien ved å være bevisst og redegjøre for valg i datainnsamling, analyse og teoretiske innspill.

Både fenomenologien og hermeneutikken er utviklet innen det fortolkende paradigmet, og ivaretar dermed det vitenskapelige og kunnskapsteoretiske ståstedet oppgaven bygger på. Et ståsted som kan ivareta perspektivet om å bli bevisst det ubevisste. I flere av intervjuene kom informantene med utsagn som «.. ja det kom jeg på nå ...», som om de ikke hadde vært bevisst det før, men ved å snakke om det ble mer klar over en opplevelse, og dermed en erfaring med VK-møter. Det kan vurderes til å gi studien gyldighet, der jeg som forsker i intervjusituasjonen har «gravet» ytterligere i fenomenet. Spørsmålet jeg stiller meg er om utvalget representert gir et godt grunnlag til å svare på problemstillingen. Ut av åtte informanter var det syv kvinner, og en mann. Det er usikkert om resultatet hadde vært

annerledes dersom det var flere menn. Flere av informantene hadde videreutdanning, noe som kan ha påvirket resultatet. Høyere utdannede kan være mer interessert og eventuelt løsningsorientert i sin bruk et nytt kommunikasjonsverktøy. Alder spenner mellom 40-60, og representerer heller ikke noen fra gruppen 20-30 år, noe som kan påvirke resultatet. Det ble gjort et valg om å intervju informant med kort og lengre erfaring med bruk av VK-møter, og vurderes til å bidra med å gjøre resultatene heterogene og likevel i stand til å svare på problemstillingen i tråd med relevant teori (Tjora, 2021, s. 262).

3.7.1.1 Å forske på egen organisasjon

Som ansatt i den samme kommunen som informantene, hadde jeg god kunnskap om helse- og omsorgstjenesten og samtidig interesse for VK-møter. Jeg hadde noe kunnskap om hvordan VK-møter ble benyttet i de ulike virksomhetene. Samtidig som ansatt har jeg vært deltidsstudent og blitt preget av et faglig universitetsmiljø med fokus på digitalisering og innovasjon av velferdstjenester.

Når jeg forsker på egen organisasjon, er det flere presiseringer jeg ønsker å legge til grunn for å belyse områder av studiens gyldighet. I denne studien ser jeg helse- og omsorgstjenesten i et metaperspektiv, uten å gå for dypt inn i de ulike virksomhetene, og forsøker å innhente kunnskap om bruk av VK-møter fra et objektivt ståsted. På bakgrunn av det er det behov for å avklare min posisjon som forsker og ansatt i kommunen i dette kapitlet (Malterud, 2018, s. 156).

Informantene var ansatt i forskjellige virksomheter som hadde ulike arbeidsoppgaver som forebyggende, rehabiliterende, administrativ tildeling av tjenester, til akutte og behandlende fokus innen kommunale helse- og omsorgstjeneste. Ulikt utgangspunkt og bruk av VK-møter i tjenesten, kan ha bidratt til at kodematerialet er mangfoldig og dermed evner å ivareta opplevelser som ikke nødvendigvis er formet ut ifra en virksomhets ensartet kultur, men representerer helsepersonell fra ulike virksomheter i en organisasjon (Thagaard, 2018, s. 135).

Å fokusere på noe, og overse noe annet er en av faktorene som kan avgjøre om studien er av kvalitet eller ikke. Muligheten for at jeg overser informasjon i intervjuene som kan gi andre

nyanser, enn det som ble valgt, og dermed gi annen kunnskap om fenomenet enn det studiens resultat viser, er det stor mulighet for. Likevel er det ikke i kvalitative studier to streker under svaret, men resultatet kan beskrive sider av et fenomen, i lys av annen forskning og teori, og dermed være gjeldende i dens form og tid.

3.7.1.2 Forskerens forforståelse av fenomenet

Som påpekt i kapittel 3.3.3 brukte jeg tid på å reflektere over egen rolle i denne studien, som ble igangsatt og drevet av meg som forsker. Jeg har erfaring med, og en oppfatning av, at VK-møter kan bidra til å gjøre helsetjenesten både effektiv og tilgjengelig gjennom egen bruk og forskning som deltidsstudent. Dette har jeg tilegnet meg gjennom masterstudiet og kan ikke ignoreres.

Det er kjent for meg som forsker og student at implementering av teknologi i helsetjenesten er preget av både barrierer og fremmede faktorer, det er derfor benyttet et kjent implementeringsrammeverk som gir meg mulighet til å ta et metaperspektiv på konteksten, som er hele helse- og omsorgstjenesten. Dette fordi en så stor organisasjon drives av virksomheter som er avhengig av hverandre, og lite selvstendige i valg av teknologibruk. Valg av teknologibruk tas på bakgrunn av byråkratiske prosesser.

Det etterstrebes derfor å innhente datamaterialet fra et så objektivt ståsted som mulig, uten å beskrive de ulike virksomhetenes egne system og strukturer. Det er informantenes egne erfaringer med VK-møter som innhentes.

I intervjusituasjonen var det relevant å forsøke å legge min forforståelse til side, slik at informantene ledet an med tema hver og en ønsket å snakke om. Intervjuet begynte derfor med et åpent spørsmål. Jeg har forsøkt å følge opp informantenes tema med spørsmål, for å få en dypere innsikt i fenomenet som undersøkes. Intervjuguiden ble en støtte, når informanten ikke hadde mer å si om et valgt tema. Det er derfor tatt hensyn til det informantene var opptatt av, og det som fremsto som ny informasjon om fenomenet, og er etterstrebet å imøtekomme studiens problemstilling med så liten påvirkning av forsker som mulig (Tjora, 2021, s. 279).

3.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet kan beskrive studiens forsøk på å være systematisk og transparent. At jeg kjente noe av informantene, kan ha påvirket intervjusituasjonen. Når jeg som kollega, med særinteresse og kunnskap om VK-møter, spør andre om deres videobruk, kan det utgjøre en slags maktforskjell. Informantene valgte derfor lokasjon selv, og intervjuene var lagt opp med noe uformell prat om alt og ingenting i starten, med mål om en avslappet atmosfære. Likevel er det ikke til å komme bort fra at informantene kan ha svart positivt eller negativt ladet, for å tilfredsstille eller ikke, meg som kollega (Thagaard, 2018, s. 108). Dette var jeg bevisst på og valgte derfor å sende en e-post i forkant av intervjuet med opplysninger om at jeg i intervjusituasjonen hadde rollen som student, og at mine meninger om VK-møter var likegyldige. De ble også minnet på dette i intervjuet, og at de kunne trekke seg uten at det medførte problem for dem eller meg (Tjora, 2021, s. 132).

Intervjuene er transkribert, og setninger er trykket ut for å bevare «informantens stemme», men så lite påvirkning av min forforståelse som mulig. På denne måten har jeg forsøkt å legge et godt grunnlag, for ytterligere innhenting av kunnskap om fenomenet.

Koder som kunne beskrive faktorer relatert til problemstillingen var hensiktsmessig å samle i kategorier. Dette stadiet der deler av datamaterialet og helheten ble sett på vekselvis, tok tid og var preget av induksjon stort sett i prosessen med å redusere 116 til 11 kodergrupper. Sent i analysen ble det benyttet et abduktiv fremgangsmåte der 11 kodegrupper ble gjort om til 3 hovedtema, og dermed påvirket av implementeringsteori og kommunikasjons teori som grunnlag. Min forforståelse preget derfor valg av kodegrupperinger, og det kan her ha blitt lagt vekt på valg av noen kodegrupper fremfor andre, som kunne beskrevet andre sider av fenomenet. Når kodegruppene er valgt, kan det være en kvalitetssikring at disse ses i sammenheng med allerede gjeldende teorier og forskning som kan belyse noen sider av fenomenet.

Sitat som ble valgt for å pointere tema, er sjekket med 4 informanter før de ble benyttet i studien. Dette ble gjort for å kvalitetssikre datagrunnlaget for å sjekke grundig om jeg har forstått innholdet, slik de mente å formidle det i tråd med studiens fenomenologiske

hermeneutiske design. SDI-modellen bidro til systematisk arbeid med data og var førende ved utdrag av forskningsdata, i analysen og i teoretisk grunnlag (Tjora, 2021, s. 259).

3.7.3 Metodiske betraktninger

Dette er kvalitativ forskning og mitt valg av teorier preger studiens diskusjon og konklusjon. Det kan vurderes til at CFIR ikke var det beste rammeverket siden et av domeneene er «Process» og tar for seg implementeringsprosjektet. Dette fordi ingen av informantene snakker om et implementeringsprosjekt, fordi det var ikke etablert et på det tidspunktet intervjuene ble foretatt. Et annet rammeverk med større fokus på individer kunne gitt kodegrupperingen et litt annet perspektiv. Noe av litteraturen i CFIR er også 1990- 2000 tallet og kan derfor karakteriseres for noe utdatert, og det kan ha kommet ny forskning. Det er likevel funnet at brukte referanser er relevante i forhold til situasjoner som er diskutert i studien.

Et annet design enn fenomenologisk hermeneutisk, kunne trolig også fått et annet resultat. Dersom jeg hadde tatt i bruk ren hermeneutisk metode, og benyttet min forforståelse i innhenting av det empiriske datamaterialet. Utforske hemmere og fremmere i en mer «tykk» beskrivelse av informantenes tolkinger og min egen, som forsker, og ut ifra et teoretisk rammeverk (Thagaard, 2018, s. 37).

3.7.4 Overførbarhet

Spørsmålet jeg må stille meg er om studiens resultat er overførbar til andre kommuners helse- og omsorgstjenester. Det kan være anstrengende å generalisere på bakgrunn av de ulike virksomhetenes organisering innad i store organisasjoner, som en kommunal helse- og omsorgstjeneste er. Studien har ikke tatt med alle virksomheter innen feltet helse- og omsorgstjeneste, slik som for eksempel fastlegetjenestene. Dersom fastleger (med erfaring med VK-møter) var representert i utvalget, kunne det trolig gitt en annen dimensjon til implementering av VK-møter. Fastleger har en ganske lik rolle selv om de jobber i ulike kommuner. Kunnskap om fastleges bruk av VK-møter kunne derfor kanskje vært mer generaliserbart, enn kunnskap innhentet fra utvalget som er representert fra ulike

helseprofesjoner og fra ulike virksomheter. Det er også opp til hver kommune å organisere sine kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det faktum at studien tar et metaperspektiv på helse- og omsorgstjenesten, og ikke har sitt utvalg representert fra kun en profesjon eller en virksomhet, kan likevel vurderes å være generaliserbart til andre kommuner. Dette fordi det innhentede datamaterialet er fra ulike virksomheter, som utfører ulike oppgaver i tråd med kommuners juridiske ansvar som er likt (Thagaard, 2018, s. 194)

4. PRESENTASJON AV FUNN

I denne delen av oppgaven vil studiens funn bli presentert. Funnene er tematisert etter en grundig gjennomgang av de transkriberte intervjuene på over 90 sider.

Problemstillingen «Hvordan bruke helsepersonells erfaringer til å få kunnskap om implementering av VK-møter», strukturerer fremstillingen i hovedtema og undertema.

Generelt viste funnene at helsepersonell opplevde VK-møter som en effektiv hjelp i arbeidshverdagen, men opplevde at ikke alle møter kunne erstattes med video. Samtidig uttrykte flere at de opplevde utfordringer med teknisk utstyr, og å være på skjerm.

Tre hovedtema med to empirinære undertema hver, fremsto fra analysen.

Hovedtemaene er:

1. VK-møter kan spare tid for helsepersonell og tjenestemottakere
2. Kommunikasjon på skjerm
3. Kunnskap om bruk av VK-møter

Temaene med undertema presenteres fortløpende med sitat fra informantene, som er utdrag fra datamaterialet, for å illustrere og underbygge disse funnene. Det er benyttet pseudonymer, og sitatet er skrevet slik at det er tatt hensyn til informantenes anonymitet (Thagaard, 2018, s. 201)

4.1 VK-MØTER KAN SPARE TID FOR HELSEPERSONELL OG TJENESTEMOTTAKERE

Dette første tema beskriver hvordan informantene opplevde bruk av VK-møter gjennom arbeidshverdagen. Flere virksomheter hadde tatt seg tid til å bli kjent med VK-møter og mente at møtene utgjorde en forskjell i positiv forstand, og utdypes i avsnittene under.

4.1.1 Bruk av VK-møter: Økt møtedeltagelse

Mange informanter erfarte at å bytte ut fysiske møter med VK-møter, reduserte tiden satt av til møtevirksomhet. Beskrivelser som «kjøring og parkering tar tid», og «enklere og mer effektivt å sitte på eget kontor», ble uttrykt fra mange av informantene. De erfarte også at spesialisthelsetjenesten, fastlegen og pårørende som var geografisk langt unna, deltok oftere i samhandlingsmøter, og samtidig bidro dermed til større informasjonsutveksling.

En informant som ukentlig deltar i administrative samhandlingsmøter, opplevde møtene mer effektive når hun kunne sitte på eget kontor. Å gi og få informasjon på skjerm var effektivt, og noe de ønsket å fortsette med, som dette sitatet illustrerer:

«Tvert imot så opplever jeg det så mye bedre fordi jeg kan sitte her på mitt eget kontor og jeg har tilgang til de opplysningene jeg trenger der og da (...) jeg har opp journalsystemet vårt samtidig, så kan jeg være inne og lese på bruker. Det kan være ting som kommer opp under den samtalen som, jeg ikke kan svare på, og da kan jeg finne det fort frem, det hadde jeg ikke kunne gjort hvis vi hadde et fysisk møte. Da hadde det heller blitt til at jeg må se på det, og heller komme tilbake til det, og så måtte vi hatt en ny samtale. Så jeg opplever at det effektiviserer da de møtene vi har» (Heidi)

At flere deltok i møter, ble erfart som positivt. Helsepersonell fikk svar på ting som man før måtte ta et nytt møte til, fordi fastlegen ikke var med. En informant sa: «... nå er ikke det et problem lenger, fordi fastlegen kan lettere nå sette av 20 minutter, en halv time, i en VK-møter, kontra å skulle komme fysisk på et samhandlingsmøte» (Tone). Ved å delta på VK-møter slipper fastlegen reisetid. Når fastlegen er med kan møtedeltagerne få svar på spørsmål om medisiner, eller annen medisinsk prosedyre. Informanten erfarte derfor at det bidro til effektiv samhandling:

«Og så synes jeg det er lettere hvis du har for eksempel samhandling med spesialisthelsetjenesten så kan hjemmetjenesten være med, sykehjem (...) flere får informasjon samtidig da sånn i nåtid, istedenfor å få rapporten i etterkant (...) vi får en bredere kartlegging og får nok informasjon da» Tone)

Å slippe unødvendig kjøring påvirker innbyggerne når de trenger akutte helsetjenester. I et tilfelle beskrev en informant at VK-møter var livreddende. Denne virksomheten hadde lagt vekt på opplæring i bruk av VK-møter. Hun som helsepersonell, skjønnte det hastet i telefonsamtalen med pårørende, og fikk satt på et videokamera. Flere deltok i videokonsultasjonen som pasienten, pårørende lege og sykepleier. Det ble observert ved bruk av video, at pustemønsteret krevde behandling på sykehus, og ikke lokalt i kommunen:

«... det var satt opp en telefon, hvor vi fikk på et kamera hvor jeg skjønnte der og da, da jeg så pasienten, her haster det. Jeg så det på hvordan vedkommende pustet, det var en korona syk pasient som jeg fikk bestilt en ambulanse til, på rød respons, og akuttmottaket sto klart. Etter alt jeg vet så gikk det bra med ham» (Line)

Gjennom konsultasjonen på skjerm observert helsepersonell sammen respirasjon, det ble også gitt informasjonen fra pårørende, og dette gav nok informasjon til å ta en rask avgjørelse. Dette samarbeidet på skjerm, med flere deltagere resulterte i spart tid på kjøring til lokal legesjekk, og pasienten ble i stedet kjørt direkte til sykehus.

4.1.2 Bruk av video: Skjerm gir fokus

Å sitte på skjerm opplevdes for flere av informantene som effektivt. Det ble beskrevet at slike møter ofte inneholdt mindre utenomsnakk. Det gav mer fokus til agendaen, og møtet ble gjennomført raskere. Dette gjaldt alle type møter, og resulterte i mindre tidsbruk. En informant fikk spørsmål om hvordan hun erfarte internmøter med kollegaer på skjerm, hun beskrev det slik:

«Veldig OK egentlig, fordi vi får avklart så mye på kort tid. Det blir strukturert, og det blir systematisk, det liker jeg veldig godt» (Line)

Flere informanter omtalte en til en konsultasjon, samhandlingsmøter og ansvarsgruppemøter som raskere gjennomført. Samtidig ble individuelle planer godt utfylt

da flere var til stede på møtet, og fokus var på utfylling av den. Den vanlige småsnakken som oppstår i fysiske møter, var ikke til stede. Deltagerne var avventende før det begynte og noen informanter opplevde at videomøtet ble avsluttet for brått.

«Den spontane snakken, eller slarvingen eller litt sånn ... hva det nå enn er da ... den er jo nesten ikke eksisterende, eh.. og at det gjør at jeg har hatt møter som har gått raskere da. Jøss nå var vi gjennom, for vi har liksom jobbet.. alle har kommet med sine uttalelser, og vi har blitt enige ...» (Fiona)

En informant som benyttet VK-møter til å samhandle med pårørende, rundt utfylling av individuell plan for et barn med spesielle behov, mente den digitale settingen, der mor kunne sitte på sin arena, og informanten på sitt kontor, gav mer fokus til arbeidet. Informanten hadde erfaring med at under fysiske møter med denne forelderen, ble samtalen mer ustrukturert. Hun gav eksempler som at servering av kaffe og småprat tok tid og fokus fra målet om å få den individuelle planen utfylt:

«Det var en veldig positiv tilstedeværelse over den samtalen (på VK-møter) (...). Det ble veldig eh.. bedre møte enn da jeg møter den mammaen fysisk for da blir det mye mer rund ofte, og kanskje mindre fokus på akkurat det jeg - eller det som er viktig da» (Fiona)

Oppsummert tar tema opp at helsepersonell og tjenestemottaker sparer tid med VK-møter. Partene i en VK-møter slipper å kjøre til et møte eller konsultasjon. I et tilfelle var VK-møter livreddende. Slippe å reise gjør at flere deltar i møter, og flere deltagere kan gi et godt informasjonsgrunnlag. Generelt erfarer møter på VK-møter mer strukturerte, når det er mindre utenomstakk og agendaen blir holdt. Samtidig opplevde informantene at møtet ble avsluttet for brått, og at noe manglet på VK-møter. Dette leder oss til neste tema.

4.2 KOMMUNIKASJON PÅ SKJERM

Dette tema omhandler informantenes erfaringer med å kommunisere på VK-møter. Det erfares vanskelig å se kroppsspråk, og få med seg alt på en skjerm. Samtidig erfarte mange informanter at å gi og få informasjon fungerte godt nok til administrative samhandlingssituasjoner. Vi går nærmere inn på tematikken i de to undertema.

4.2.1 Bruk av skjerm: Kroppsspråk er mindre synlig og adferd endres

Regelmessig samhandling, som der partene før koronapandemien hadde hatt fysiske møter, ble erfart som uproblematisk på video av flere informanter. De hadde sett hverandre i møter før, de hadde erfart hverandres kroppsspråk og gester i administrative samhandlingsmøter over tid. At de kjente hverandre, var positivt overfor samhandlingen og flere uttrykte at de ønsket å fortsette med VK-møter, selv etter koronapandemien. Samtidig var flere tydelig på at dersom de skulle kartlegge, observere funksjonsnivå og bli kjent med nye tjenestemottakere og samarbeidspartnere, var det nødvendig å møte fysisk.

«Når du har møtt noen fysisk, og du møter noen da på VK-møter, så har du et annet grunnlag da, enn hvis du aldri har møtt den personen før» (Heidi)

En informant som ledet et ansvarsgruppemøte for foreldre til et barn med funksjonsnedsettelse, erfarte det vanskelig å tolke ansiktsuttrykk på deltagerne som satt et stykke unna kamera. Hun hadde ikke truffet dem så mange ganger før, og mente det var en fare for å overse replikker, og/eller emosjonelle uttrykk som kanskje kunne belyst en situasjon fra flere sider. Mange informanter erfarte også at deltagere kunne sitte flere sammen på en skjerm, som for eksempel to foreldre, og tre fra barnehagen (leder, pedagogisk leder og assistent). Med flere på en skjerm ble ansiktene vanskelig å se: «... det blir ikke så lett å ta den replikken, og følge opp» (Fiona).

Emosjonelle situasjoner kunne bli vanskelig å få med seg, og flere opplevde at det totalt uteble på skjerm:

«.. men det var det her mellommenneskelige som jeg kjente jeg savnet, som jeg ikke fikk med meg da, som jeg tenker også er viktig da, at du kan si at; - nå så jeg at du ble veldig berørt av det, og da tenker vi -er det noe du tenker vi kan gjøre med det, kan vi gjøre annerledes? At det ble borte da» (Ellen)

Flere informanter erfarte at deltageres adferd endret seg i digitale møter. Noen var passive, tok ikke del i møtet og responderte kun når noen snakket til dem. Det ble erfart lite flyt i møtet, lite replikker, det var sorte skjermer så de visste ikke om noen var på eller ikke. En informant opplevde det litt ubehagelig når noen var så passive. Flere erfarte at deltagere holdt på med andre ting samtidig, og kom og gikk i møtet:

*«En del bare forsvinner fra skjermen, for å hente en kaffe, ta telefoner, beskjeder som jeg tror at de ikke hadde gjort hvis de sitter i et møterom (...)
... det er litt lettere å forsvinne ut føler jeg, når man sitter med en skjerm»
(Patrick)*

Det ble snakket om savnet etter å småprate om alt og ingenting. I tillegg ble det savnet å kunne spørre deltagerne om noen saker før og etter møtet. Det var lettere å få til dette i fysiske møter når deltagerne satt rundt bordet.

4.2.2 Bruk av skjerm: Kommunikasjonen påvirkes

I intervjuene påpekte informantene viktigheten av det emosjonelle, det mellommenneskelige, og at kroppsspråket er en bidragsyter til det. Som en sa: «... det som ligger i møte med brukere handler mye om relasjon, og det tror jeg bygges best face to face, og i samme rom, enn via en skjerm» (Patrick). En informant som holdt ansvarsgruppemøter på regelmessig basis, opplevde det utfordrende å vise pårørende (til barn med spesielle behov), at hun så dem og støttet dem på skjerm: «.. da kan ikke noen se egentlig hvem jeg

ser på. Ikke sant, man blir jo liksom sittende å se på seg selv (...) man får jo ikke sett noen i øynene» (Fiona). En annen informant sa «... noen trenger en klapp på skuldra» (Tone), noe som ikke gikk på VK-møter. Flere av informantene uttrykte det samme, at VK-møter gav utfordringer med å vise omsorg og empati.

En informant med erfaring fra både fysiske og digitale samhandlingsmøter, opplevde at fysisk tilstedeværelse og småprat, kunne gi mer informasjon. Hun mente det også kunne gi mer forståelse mellom deltagerne: «... du har flere knagger å henge det på, enn hvis du bare hadde møtt (...) på VK-møter da». Hun la vekt på samholdet, småprat og den den sanselige informasjonen som man får når man kommer fysisk sammen til et møte. Hun mente at fysiske møter gav mer informasjon, og kunne derfor gi trygghet og være relasjonsbyggende:

«Du parkerer ved siden av hverandre, går sammen inn til møtet, det er et lite felleskap der før du går inn til møtet, du har blitt kjent med noen (...) Jeg tror det bidrar til kanskje mer forståelse, og jeg tror at ved at de møter med da - legen, og kanskje andre samarbeidspartnere fysisk, så tror jeg kanskje det gir en mer trygghet til de da, at du har møtt noen fysisk» (Heidi)

Det har stor verdi for relasjonen til pårørende å bli sett i ansvarsgruppemøter, mente en annen informant som ofte ledet slike møter. Hun hadde erfaring med fysiske og digitale møter og mente at å vise omsorg ved blikket var umulig på skjerm:

«.. jeg føler vel at det gjelder kanskje mest for de sårbare gruppene, at det er liksom den relasjonsbiten som man har også i det kroppsspråket- at den forsvinner, og at det har en stor verdi (...) hvordan jeg viser omsorg for pårørende, eller hvordan på en måte jeg kan se de som kanskje trenger å få det blikket (...) det å bli sett da» (Fiona)

Denne informanten erfarte at hun klarte å skape trygghet overfor pårørende ved å bli igjen på skjermen, og fortsatte samtalen etter at møtet var ferdig:

«... skape en trygget for den brukeren, og det får man jo ikke helt til (på skjerm), det jeg har gjort noen ganger er at jeg har, det er kanskje ført og fremst etter møtet, at jeg har bedt brukeren eller de bli igjen da, sånn at man kan ta en prat etterpå» (Fiona)

Oppsummert begrenses informasjonen i et VK-møter, av skjermen. I motsetning til fysiske møter som gir mer informasjon ved kroppsspråk og omgivelser. Det erfares også mer småprat i fysiske møter. Dette bidrar til flere knagger å henge informasjonen på, og kan gi trygghet og bygge relasjon. Samtidig erfares det utfordrende å gi omsorg gjennom en skjerm, når deltagerne ikke kan se hverandre i øynene, eller gi et klapp på skulderen.

4.3 KUNNSKAP OM BRUK AV VK-MØTER

Temaet beskriver informantenes opplevelser av tekniske utfordringer og mangel på kunnskap og utstyr til å løse disse. Flere erfarte at møtetiden gikk til å finne ut av problemer med innlogging, og lyd og bildekvalitet. Erfaring i bruk og samarbeid med IT-avdelingen, gjorde det bedre å bruke verktøyet. Flere med erfaring i å lede møter, mente at en aktiv møteleder kunne påvirke kvaliteten og innholdet.

4.3.1 Kunnskap om digitale møter: Møte kvaliteten varierer

Mange informanter opplevde at internettdkning og tilgjengelig utstyr, ikke var bra nok for VK-møter. IT-avdelingen måtte åpne opp virtuelle brannmurer for at VK-møter skulle kunne benyttes i flere virksomheter, med god nok kvalitet. Det ble erfart forsinkelser i lyd og bidet, noe som gikk ut over kommunikasjonen mellom deltagerne.

En informant brukte mobiltelefonen, og deltok i samhandlingsmøter på en liten skjerm:

«...vi verken høyttaler eller kamera på vårt utstyr, så da bruker jeg telefonen min som jeg da setter opp igjen sånn kopp, og må passe på jeg da har koblet den på en lader og sånne ting - jeg synes jo ikke det er optimalt, men det går det» (Mia)

Mange informanter trakk frem vansker med å være fullt og helt til stede i møtet på grunn av dårlig lyd- eller bildekvalitet. Noen brukte gammelt utstyr og noen hadde fått nytt med dokking og flere skjermer: «Det å ha en sånn dokking løsning har vært en helt ny verden i forhold til å optimalisere den bruken da» (Fiona).

Noen opplevde å ha vanskeligheter med å bruke lånt ukjent utstyr. Dårlig nettilgang med forsinkelser på lyd og bilde ble også erfart som en faktor som påvirket møtekvaliteten, og gjorde det vanskelig å lede møtet. Generelt hadde mange av informantene erfart startproblem, men synes det ble bedre etter hvert. Samarbeid og hjelp fra IT-avdelingen som informasjon om nytt utstyr kompatibelt til VK-møter ble erfart positivt for noen av informantene. De trakk frem viktigheten av riktig datautstyr og å få opplæring som noe som bidro bedre bruk av VK-møter:

«... jeg tenker viktigheten - at man har god opplæring og er trygg på det systemet man skal bruke. Og det har jeg jo fått etter hvert, men sånn i starten så ville man jo bare komme i gang med det» (Fiona)

Av videoplattformer tilgjengelig var Join, Teams og Confrere som ble mest benyttet. En informant som benyttet VK-møter til samhandlingsmøter og internmøter, beskrev valg av video slik:

«... det er en plattform, det er ikke så viktig hvem det er, men det viktigste er at folk får snakke sammen eller sett hverandre, og jeg har ikke opplevd noen sterk føring på det» (Patrick)

Flere av informantene mente at noen videoplattformer var bedre enn andre, og at det betød noe for kvaliteten av møtet. Som for eksempel håndsopprekning var et pluss, og dersom det

ofte var problem med en videoplattform, ble den andre valgt. En annen informant, svarte slik på spørsmålet om hvilken videoplattform hun brukte:

«Confrere. Der er vi ganske nøye, vi bruker ikke FaceTime, eller Messenger, eller Skype eller Teams så fort det handler om personer eller pasienter, da må du bruke særskilt krypterte løsninger» (Line)

Fra informantenes ståsted var kunnskap, utstyr, nettilgang og videoplattform faktorer som kunne påvirke kvaliteten på en VK-møter. Det ingen tydelige føringer fra organisasjonen, og de ulike virksomhetene administrerte bruken selv.

4.3.2 Struktur for VK-møter: Møteledelse betyr noe

Noen av informantene hadde erfaring med møteledelse, og opplevde det krevende å lede digitale møter til forskjell fra fysiske. Informantene nevnte at kommunikasjon på skjerm endret seg, som omtalt i del 4.2, og utstyr som ikke var kompatibelt, utfordret samhandlingen hos noen informanter. En informant sa det slik: «På et digitalt møte så (...) er det veldig viktig å ha en ordstyrer, det kan nesten ikke gå (...) kanskje fordi vi sitter på veldig mange forskjellige arenaer». En annen mente at det krevde en tydelig ledelse av møtet, som tok på seg ansvaret med å få alle til å delta:

«Det er ikke så lett å få med seg det nødvendige, hvert fall hvis ikke alle er synlig. For det hender jo av og til at ikke alle er det, at det bare er en runding eller en svart boks eller ja ... Men jeg prøver jo å få dem med fordi at, noen ganger så er det jo en del som ikke er så glad i å komme med meningene sine» (Tone)

Noen informanter mente at møteleder må være oppmerksom, som en løsning på å inkludere de som var mer passive, for å få bedre dynamikk og kommunikasjon mellom deltagerne. En informant med erfaring fra å lede ansvarsgruppemøter med VK-møter, mente at noen deltagere kunne ha sperrer på å uttale seg på skjerm:

«... man har jo en god mulighet til å gi alle ordet etter tur (...) Men det er jo aldri noen garanti for at ting ikke blir sagt. Det tenker jeg ikke man har, og kanskje spesielt for de som synes det er vanskelig å sitte på skjerm, men å prøve å få de til å føle seg inkludert da» (Fiona)

Oppsummert omfatter tema at kunnskap om bruk av VK-møter og tilgang på utstyr har betydning for hvordan kvaliteten og deltagelsen blir på VK-møter. Dersom ikke alle er aktive i møtet, kan det påvirke samhandlingen. En oppmerksom møteleder som ansvarlig gjør og inkluderer, ble sett på som positivt for samhandlingen.

5. DISKUSJON AV STUDIENS FUNN

I dette kapitlet diskuteres studiens funn. Funnene viser til spart tid for helsepersonell og tjenestemottakere, samtidig utfordringer med kommunikasjon og kvalitet på VK-møtene. Resultatene er presentert fra informantenes perspektiv, og er basert på deres opplevelser og erfaringer med VK-møter i en periode med koronarestriksjoner høsten 2021. Disse funnene er samlet under tema, og er listet opp i tabell 3 nedenfor. Hovedtema og undertema danner avsnittene i dette kapitlet.

Tabell 3. Hovedtema og undertema

HOVEDTEMA	VK-MØTER KAN SPARE TID FOR HELSEPERSONELL OG TJENESTEMOTTAKERE	KOMMUNIKASJON PÅ SKJERM	KUNNSKAP OM BRUK AV VK-MØTER
UNDERTEMA	Bruk av VK-møter: Økt møtedeltagelse	Bruk av skjerm: Kroppsspråk er mindre synlig og adferd endres	Kunnskap om VK-møter: Møte kvaliteten varierer
	Bruk av VK-møter: Skjerm gir fokus	Bruk av skjerm: Kommunikasjonen påvirkes	Struktur for VK-møter: Møteledelse betyr noe

Generelt viser disse temaene til både hemmende og fremmende faktorer for implementering av VK-møter i en kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Problemstillingen er «hvordan bruke helsepersonells erfaringer til å få kunnskap om implementering av videokonferanser». For å svare på problemstillingen diskuteres temaet i lys av ulike teorier, forskningslitteratur og implementeringsrammeverket CFIR. Det refereres til CFIR på originalspråket.

Til slutt oppsummeres hemmere og fremmere i et eget delkapittel, likeledes implikasjoner for praksis.

5.1 VK-MØTER KAN SPARE TID FOR HELSEPERSONELL OG TJENESTEMOTTAKERE

Dette delkapitlet legger vekt på de positive gevinstene ved VK-møter. Her trekkes spesielt frem økt møtedeltakelse og fokus.

5.1.1 Bruk av VK-møter: Økt møtedeltagelse

Informantene erfarer det tidseffektivt å slippe reisen til og fra møter. Deres erfaringer er at flere deltar på VK-møter, enn på fysiske møter. Siden flere deltar på VK-møtene, erfarer også helsepersonell økt informasjonsutveksling på blant annet samhandlingsmøter. Dette sammenfaller med forskning som viser til effektiv bruk av helsepersonells tid, og økt informasjonsutveksling i VK-møter. Det er flere som deltar, også på tvers av organisasjoner og virksomheter, som bidrar til et samordna og koordinert arbeid for eldre langtidsyke (Silsand, 2021). Når VK-møter erfares og synliggjøres bedre enn den alternative løsningen, slik som informantene beskriver, anses det å være en fremmede faktor for implementering jf. «relative advantage» (Denis & Lozeau, 2002; Dopson et al., 2010; Greenhalgh, 2004; Grol, 2007; Meyer, 1988), og utslagsgivende for å gjøre endringer i organisasjonen (Gustafson, 2003).

Å slippe å reise innom lokal legevakt reduserer reisetid for pasienten og gir forsvarlig helsehjelp, raskere. Dette sammenfaller med forskning der tjenestemottakere spares for unødvendig reising når VK-møter benyttes (Helsedirektoratet, 2018; Silsand, 2021). Ved at virksomheten legger til rette for trening i bruk av VK-møter og har fokus på synlige fordeler, vil en kunne oppnå å fremme implementeringen. Regelmessig bruk, trening og endringsledelse vises til som langsiktige gevinster for bruk (Smith et al., 2020). Dette demonstrerer at synlige fordeler for flere, som beskrives i relative advantage, er en sterk fremmede faktor. På den andre siden kan synliggjøring av fordeler være krevende i en organisasjon med adskilte virksomheter (Tucker et al., 2007). Selv om flere erfarer at VK-møter er effektivt i én virksomhet, og benyttes der, er det ikke sikkert at gevinsten blir synlig i andre virksomheter i organisasjonen. Dette kan være fordi virksomheter har ulike arbeidsoppgaver og dermed ulike behov for kommunikasjonsverktøy (Alami, 2017).

Synliggjøring av videokonsultasjoner, som i tilfellet over var livreddende, er derfor ikke nødvendigvis fremmede for resten av organisasjonen.

I faktoren «knowledge and beliefs» trekkes det frem at enkeltpersoners entusiasme også smitter over på andre, og fremmer implementering. Informantene løfter frem fordelene av økt informasjonsutvekslingen når flere deltar. Slik positiv kunnskap kan endre holdninger og skape entusiasme hos andre (Rogers, 2003). Når gode eksempler som økt informasjonsutveksling med VK-møter sprer seg i en virksomhet, kan det være en sterk fremmer for implementering (Greenhalgh, 2004).

5.1.2 Bruk av VK-møter: Skjerm gir fokus

Spart tid ved flere deltagere på skjerm for helsepersonell og tjenestemottaker, ble diskutert i 5.1.1 som en fremmede faktor for VK-møter. Vi ser her nærmere på informantenes erfaring med at fokus i VK-møter ofte ligger på agenda for møtet, og at møtene gjennomføres raskere.

At det er fokus på agenda kan bety at målet med møtet nås, noe som erfarer positivt av informantene. Det vises til at utfylling av individuell plan med pårørende gikk lettere på skjerm, fordi de fikk gjort mer og det gikk raskere. At samhandling har fokus på arbeidsoppgaver og at møtene erfarer mer effektive enn alternativet, er en fremmede faktor for implementering av VK-møter. Dette adresseres i «relative advantage» og i 5.1.1., og sammenfaller med Silsands forskning (2021).

På den andre siden erfarer informantene at det er mindre småsnakk i møtene på skjerm. De savner å kunne sitte sammen og snakke, både før møtet og underveis, samt ha mulighet til å avklare saker etter at møtet var ferdig. Flere mente at møtet ble avsluttet for brått. Goffman (1992) mener at man blir en del av et samhold ved småsnakk eller gester som blikkontakt og ansiktsuttrykk. Småsnakk kan vurderes til å skape et inkluderende felleskap. Fraværet av småsnakk kan skape avstand mellom deltagere. I møter uten småsnakk forsvinner mye av den ikke-verbale kommunikasjonen, som kan gi trygghet, tillit og motivasjon til møtet (Eide & Eide, 2017; Travelbee, 1999). Uten småsnakk vil møtene ikke være i tråd med

helsepersonells verdier, normer og behov for å vise empati og omsorg, spesielt overfor sårbare pårørende og tjenestemottakere. Når oppfatningen er at digitale møter ikke favner grunnleggende samhandling som ivaretar helsefaglige normer og verdier, beskriver faktoren «compatibility» at en slik overbevisning vil hemme videre implementering i organisasjonen (Greenhalgh, 2004; Klein, 1996). Det er også funnet i litteratur at VK-møter bør velges med varsomhet overfor sårbare brukere (Gullslett et al., 2021; Thiyagarajan, 2020). Forskning understreker behovet for at sykepleiere involveres i utvikling og bruk, slik at sykepleiefaglige verdier ivaretas og implementeres i bruk av kommunikasjonsverktøy (While & Dewsbury, 2011).

5.2 KOMMUNIKASJON PÅ SKJERM

I dette delkapitlet drøftes sidene ved VK-møter er ikke bare positive. Digitale møter fører også til at kroppsspråk blir mindre synlig, og at adferd og kommunikasjon påvirkes.

5.2.1 Bruk av skjerm: Kroppsspråk er mindre synlig og adferd endres

Informantene erfarer at møter på skjerm fungerer godt med faste samarbeidspartner, da de er godt kjent fra tidligere fysiske møter. Utveksling av informasjon i administrative hensyn fungerer godt på skjerm, og i forbindelse med dette ønsker ikke helsepersonell tilbake til fysiske møter. Derimot ved behov for å kartlegge og bli kjent med nye tjenestemottakere, så ser de behovet av å møtes fysisk. Dette stemmer med forskning der møtet gikk bedre, med etablert tillit mellom deltagerne, når partene har møtt hverandre fysisk før (Greenhalgh, 2018; Silsand, 2021). At helsepersonell innehar kunnskap om når det er forsvarlig å velge VK-møter, og når det ikke bør brukes, er også funnet i forskning (Greenhalgh, 2020). Når helsepersonell innehar slik kunnskap, er positiv innstilt og kjent med bruken, omtales det i «knowledge and beliefs», som en fremmede faktor for implementering (Greenhalgh, 2004; Rogers, 2003).

På den andre siden erfarer informantene at deltagerne endrer adferd når de er på skjerm. Noen er passive, og noen kommer og går uten å si ifra om det. En slik adferd tror de ikke hadde skjedd i et fysisk møte, og overrasker flere av informantene. Goffman (1992) kaller

dette for mystifiserende opptreden. Slik adferd kan smitte og potensielt stoppe samhandling om den ikke adresseres. Han mener at handlinger som ikke passer i den settingen de utøves, kan gjøre situasjonen uklar. I samhandlings situasjoner kan derfor både passivitet, og deltagere som kommer og går bli utrygt. Det er en forventning at helsepersonell er imøtekommende overfor tjenestemottakere, og det er forventninger til samarbeid overfor kollegaer. Når partene ikke opptrer som forventet, kan det raskt skape usikkerhet i et digitalt møte. U hensiktsmessig opptreden og utydelige ansiktsuttrykk kan derfor skape et dårlig samhandlingsklima, og mistillit mellom partene.

Informantene erfarer at digitale møter er annerledes enn fysiske. Noen har stilt inn kamera feil, eller plasserer seg for langt unna slik at det er vanskelig å få med seg ansiktsuttrykk. Kroppsspråket og adferd kan skjules og endres og gjøre møtet uforutsigbart. Det krever derfor både kunnskap og erfaring med VK-møter som sammenfaller med forskning (Gullslett et al., 2022). Når helsepersonell ikke har nok kunnskap til å forbedre møteklima, kan det resultere i at helsepersonell velger bort VK-møter til fordel for fysiske. Det omtales i «knowledge and beliefs» (Klein, 1996) som hemmende for implementering når verktøyet ikke oppfattes hensiktsmessig og forsvarlig i bruk.

5.2.2 Bruk av skjerm: Kommunikasjonen påvirkes

Informantene erfarer det utfordrende å få med seg både verbalt og ikke-verbalt språk på skjerm. Det er samtidig umulig å se noen i øyne. Noen informanter erfarte det vanskelig å vise omsorg overfor pårørende og tjenestemottaker. Fravær av å vise interesse, omsorg og empati i en relasjon, kan utfordre etablering av trygghet og tillit mellom mennesker. En informant sa: «noen trenger en klapp på skuldra». Fysisk berøring er heller ikke mulig på skjerm. Dette kan gi utfordringer for kommunikasjon mellom helsepersonell og tjenestemottaker, og dermed brukervedvirkning hos sårbare tjenestemottakere (Eide & Eide, 2017; Gullslett et al., 2021; Travelbee, 1999). Det kan også ekskludere enkelte grupper med funksjonsnedsettelse, fordi de ikke klarer å bruke teknologien. Fuglerud (2021) problematiserer dette i sin rapport der blinde kan ha vansker med å bruke VK-møter, fordi de er avhengig av å kommunisere taktilt og sansbart.

Brukermedvirkning som personorientert omsorg, etableres gjennom både verbal og ikke-verbal kommunikasjon og kan være vanskelig å etablere på skjerm når kroppsspråket ikke synes (McCormack, 2017). Forskning viser likevel at tjenestemottakere følte seg ivaretatt og i fokus, når partene hadde truffet hverandre fysisk før (Greenhalgh, 2018; Silsand, 2021).

På den andre siden, kan lite erfaring med VK-møter, skape usikkerhet. Noen informanter opplever usikkerhet når de ikke kan gi tjenestemottakere og pårørende blikket sitt. Flere snakker om at det mellommenneskelige, å være nær, sanse og ha muligheten til å observere omgivelser, og ikke minst småprat. Det savnet småprat, muligheten til å vise omsorg og få mer informasjon. Forskning viser også at deltagere på skjerm kan skjule informasjon, som helsepersonell bør i hensynta for å etablere hensiktsmessige relasjoner og gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Gullslett et al., 2021). Det kan på bakgrunn av dette være tryggere og hensiktsmessig å velge et fysisk møte. Turkle (1995) mener også at man kan skape et annet selv på skjerm, dersom mye av sosialiseringen er digital og ikke fysisk mellom mennesker. Med det menes at skillet mellom ansikt til ansikt og skjerm kan være vanskelig å forene, og dermed komplisere allerede skjøre mellommenneskelige relasjoner. Slik kunnskap kan bidra til en skeptisk holdning hos helsepersonell. Samtidig er det hensiktsmessig å tilegne seg kunnskap om når fysiske møter bør velges fremfor digitale. Når helsepersonell ikke har nok kunnskap til å kunne ta valg, kan det resultere i lite tro på slike møter og dermed hemme implementering som faktoren «knowledge and beliefs» adresserer (Klein, 1996).

Derimot erfarte en informant at det går an å gi omsorg og empati ved å bli igjen på skjerm etter møter. Å gi av sin tid og småprate, kan bidra til tjenestemottakere går ut av «pasientrollen» og ser på seg selv som mer alminnelig (Skatvedt, 2020). Goffman (1992), underbygger også viktigheten av småsnakk, når han mener det kan skape et felleskap som gir trygghet og tillit, når begge parter er backstage. Ved å endre praksis slik som å være litt igjen i et digitalt møte, viser tro og positive holdninger som beskrives i «knowledge and beliefs», kan være en fremmede faktor for implementering.

Ingen informanter refererer til evaluering og refleksjon av VK-møter opp mot sårbare tjenestemottakere. Mangel på å reflektere over bruk av VK-møter i ulike situasjoner, spesielt

i utfordrende situasjoner, vil hemme videre implementering og adresseres i faktoren «reflecting and evaluating» (Klein, 1996). Faktoren refererer ikke spesifikt til etiske vurderinger, noe Hofmann (2012) er oppfattet av at når teknologi erstatter fysisk nærvær. Han viser til å sette av tid til etiske refleksjoner og har laget en egen guide til slikt arbeid som han mener er essensielt for et verktøys bæreevne i helsetjenesten (2019). På bakgrunn av mangel på refleksjoner og evalueringer som faktoren, og Homann viser til vurderes det som hemmende for implementering.

5.3 KUNNSKAP OM BRUK AV VK-MØTER

I dette delkapitlet diskuteres kvaliteten på digitale møter. Møtene oppleves både til nytte og til byrde, og vi ser nærmere på hva som ligger til grunn for det.

5.3.1 Kunnskap om digitale møter: Møtekvaliteten varierer

Datautstyr og internettdækning i organisasjonen er ulik, og behovet for å gjøre noe med dette oppleves forskjellig ut ifra informantenes ståsted (i de ulike virksomhetene). En stor organisasjon, flere administrative ledd med ulike behov og prioriteringer, beskrives i «structural characteristics» som negativt assosiert med implementering (Van de Ven, 1986; Walston et al., 2001). Utstyr og prioriteringer er forskjellig i alle virksomhetene selv om koronarestriksjoner er gjeldende. Det blir kun kjøpt inn kompatibelt utstyr i noen virksomheter. Dette stemmer med litteraturen der mange virksomheter har ulike behov, og dermed ulike prioriteringer, og vurderes derfor hemmende for implementering av VK-møter.

Når VK-møter og datatekniske program utfordrer helsepersonell på deres kunnskapsnivå, og samtidig deres evne til å endre praksis fra fysiske til digitale møter, kan det vurderes som en komplisert intervensjonsprosess og adresseres i faktoren «complexity». Dette sammenfaller med forskning som viser at å implementere teknologi i helse- og omsorg krever ny teknisk kunnskap og adferdsmessige endringer (May, 2007; T. Greenhalgh, 2004).

På den andre siden vil en annerkjennelse av kompleksiteten med VK-møter som adresseres i faktoren «complexity» være fremmede for implementering, når det ses behov for å etablere samarbeid og tiltak for å løse dette. Dette sammenfaller med litteratur som viser

viktigheten av å løse utfordringer for å etablere digitale tjenester med bæreevne (T. Greenhalgh, 2018). I virksomheter som erfarer VK-møter med dårlig kvalitet på lyd og bilde, gir samarbeidet med IT-avdelingen ny kunnskap om barrierer, noe som kan sammenlignes med annen kommunal forskning (J. H. Dugstad et al., 2015; Nilsen et al., 2016). Samarbeid innad i en stor organisasjon, på tvers av virksomheter og en anerkjennelse av kompleksiteten vurderes som en fremmede faktor (Edmondson et al., 2001).

Samtidig må helse- og omsorgstjeneste også ta inn over seg at 33 % av befolkningen ikke har tilfredsstillende digital kompetanse (Le, 2021). For helsepersonell betyr det at når kompleksiteten i digitale verktøy blir høy, er det flere som kan oppleve det problemfylt. Informantene erfarte noen videoplattformer enklere å bruke enn andre. Dersom valg av videoplattform gjøres på bakgrunn av brukervennlighet, og ikke ivaretar krav om konfidensialitet og krypterte linjer (Direktoratet for ehelse, 2006), kan det utfordre helse- og omsorgstjenestens ansvar for tjenestemottakernes sensitive personopplysninger. Mangel på opplæring og å etablere retningslinjer som ivaretar dette vurderes som hemmende for implementering, og er et ledelsesansvar og adresseres i faktoren «leadership engagement» (Helfrich et al., 2007; Klein, 2001; Lukas et al., 2007; Meyer, 1988).

Det krever omstilling og evne noe som ikke passer alle. Ut ifra et slikt ståsted kan til å tilegne seg kunnskap og noe ikke alle har som vises til i rapporten. Noen videoplattformer ble erfart enklere å bruke enn andre. Når undersøkelser viser at 33 % av befolkningen, ikke har tilfredsstillende digital kompetanse (Le, 2021), kan grunnlaget for valg av plattform være at den er enkel å bruke.

Flere informanter uttrykker at deres leder oppmuntrer til bruk av VK-møter, og gir dem tid til å gjøre seg kjent med bruken. Når ledere involverer seg og investerer i kompatibelt datautstyr som optimaliserer bruken, fremmer det implementering og omtales i «leadership engagement» (Helfrich et al., 2007; Klein, 2001; Lukas et al., 2007; Meyer, 1988). Forskning viser også at det må sørges for at helsepersonell har nok ressurser og tid for at kommunikasjonsverktøyet skal kunne læres og benyttes hensiktsmessig (Koivunen, 2018). Informanter viser derimot til ledere som er passive, men ikke motvillige. Ved at noen virksomheter og ledere har en passiv tilnærming blir det ikke satset gjennomgående i

organisasjonen. Helsepersonell blir «kastet ut» i bruken av VK-møter uten en implementeringsplan. Dette vurderes til å være hemmende for implementering i organisasjonen og refereres til i domenet «process» (Greenhalgh, 2004).

5.3.2 Struktur for VK-møter: Møteledelse betyr noe

Informantene opplever det krevende å lede møter på skjerm fordi noen deltagere er passive eller gjør uventede ting, mens andre har kamera av. Forsinkelser i lyd og bilde, samt innloggingsproblem, beskriver også noen av utfordringene med å holde et digitalt møte. Møteleder må kunne teknologien, veilede noen inn i møtet og i tillegg kunne tilpasse sin ledelse til et digitalt møte. Forskning viser at forsinkelser i lyd og bilde gir utfordringer med turtaking, og hemmer en naturlig dynamikk i samtalen mellom deltagere (Seuren, 2021). Møteledelse kan ses på som en del av kompleksiteten som følger med bruk av VK-møter. I faktoren «complexity» som ble beskrevet i 5.3.1, kan helsepersonells oppfattelse av verktøyets vanskelighetsgrad påvirke implementeringen. Dersom VK-møter fortsetter å utfordre helsepersonell på deres kunnskap og evne til å holde digitale møter, som informantene viser til, kan det hemme videre implementering av VK-møter.

På den andre siden uttrykker flere informanter entusiasme over fordelene med VK-møter, spesielt etter å ha fått kompatibelt nytt datautstyr. Det kan vurderes til at disse informantene har et høyere kunnskapsnivå og har tro og positiv holdning på VK-møter. Helsepersonells positive og entusiastiske holdning til bruk omtales i faktor «knowledge and beliefs». Forskning viser at helsepersonells holdninger til digitale kommunikasjonsverktøy kan påvirke om det benyttes eller ikke (Koivunen, 2018). Erfaringer og kunnskap, samt informasjon om at nytt utstyr gir bedre anvendelse kan spres via entusiastiske kollegaer (Rogers, 2003). Entusiasme og positive holdninger kan spres videre i organisasjonen om fordelene synliggjøres på tvers av virksomhetene som for eksempel når VK-benyttes i samhandlingsmøter. Dette omtales i delkapittel 5.1.1 ved faktoren relative advantage.

5.3.3 Oppsummering hemmere og fremmere

Denne studiens problemstilling er «hvordan bruke helsepersonells erfaringer til å få kunnskap om implementering av videokonferanser». I tabell 4 vises oppsummert en oversikt over identifiserte hemmere og fremmere.

Tabell 4. Oversikt over hemmere og fremmere for implementering av VK-møter

Fremmere	Hemmere
<ul style="list-style-type: none">❖ Spart tidsbruk for helsepersonell og tjenestemottakere	<ul style="list-style-type: none">❖ Stor organisasjon, mange virksomheter med ulike behov og prioriteringer
<ul style="list-style-type: none">❖ Økt informasjonsutveksling sparer tid	<ul style="list-style-type: none">❖ Mangel på en implementeringsplan
<ul style="list-style-type: none">❖ Økt fokus på arbeidsoppgaver i digitale møter	<ul style="list-style-type: none">❖ Datautstyr ikke kompatibelt
<ul style="list-style-type: none">❖ Synlige fordeler	<ul style="list-style-type: none">❖ Mangel på kunnskap om digitale møter
<ul style="list-style-type: none">❖ Leders engasjement	<ul style="list-style-type: none">❖ Mangel på kunnskap om digital møteledelse
<ul style="list-style-type: none">❖ Utstyr kompatibelt	<ul style="list-style-type: none">❖ Mangel på småsnakk i digitale møter
<ul style="list-style-type: none">❖ Kunnskap om når velge digitale møter	<ul style="list-style-type: none">❖ Mangel på retningslinjer - bla. konfidensialitet
<ul style="list-style-type: none">❖ Anerkjenne kompleksiteten	<ul style="list-style-type: none">❖ Lite erfaring, kunnskap og usikkerhet
<ul style="list-style-type: none">❖ Tid til opplæring	<ul style="list-style-type: none">❖ Mangel på tid til refleksjon
<ul style="list-style-type: none">❖ Entusiasme, tro og positive holdninger	

5.3.4 Bruk av erfaringen til implementering – implikasjoner for praksis

Ut ifra denne erfaringen ser vi at ledere og helsepersonell har muligheten til å påvirke videre bruk av VK-møter. Ledere kan legge til rette for at helsepersonell involveres i hvordan VK-møter skal benyttes og i hvilke situasjoner. Legge til rette for evaluering av bruk og etiske refleksjoner. Dette kan øke kunnskapen og grunnlaget for etablering av retningslinjer, og dermed forsvarlig bruk.

Helsepersonell kan på sin side legge til rette for småsnakk i digitale møter. At møtet er åpent i forkant og i etterkant for dem som har behov for det, kan skape tillit mellom deltagerne i møtet. Fortsette å bruke VK-møter for å opparbeide seg kunnskap om digital møteledelse. Samtidig vil en positiv holdning og synliggjøring av fordeler kunne spres videre blant kollegaer og virksomheter i organisasjonen.

6. KONKLUSJON OG IDEER TIL VIDERE FORSKNING

Effektiv samhandling og digitale verktøy har vært et mål i Norsk helse- og omsorgstjeneste i flere år. Koronapandemien med dens restriksjoner viste seg å gi en mulighet til å bruke VK-møter i stor grad for å ivareta samhandling og oppfølging av tjenestemottakere og deres pårørende. I denne studien er det innhentet kunnskap om helsepersonells erfaringer for å få mer innsikt og kunnskap om implementering av VK-møter. Det har vist seg hensiktsmessig å benytte rammeverket CFIR, der flere domener adresserer hemmende og fremmende faktorer.

I denne studien fant jeg at VK-møters effektivitet kan fremme implementering. Andre faktorer som kan fremme implementeringen er leders engasjement, investeringer i kompatibelt utstyr og at ansatte og tjenestemottakere får tilstrekkelig opplæring. Det er også fremmende for implementering å anerkjenne kompleksiteten i bruk av VK-møter for å forsøke å løse det som oppleves vanskelig, og å tilegne seg ny kunnskap. At helsepersonell har positive holdninger og tro på teknologien påvirker også fremmende. På den andre siden hemmer mangel på kunnskap, utstyr og retningslinjer implementering, og det faktum at kommunen er en stor organisasjon som vanskeliggjør et samarbeid om nettopp dette. Studien viste også til at mangel på småsnakk i VK-møter, samt tid til refleksjon kan hemme implementering.

Et spørsmål som det er interessant å se nærmere på, er om helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten vil gå tilbake til kun fysiske møter mellom samarbeidspartnere og tjenestemottakere, eller fortsette med VK-møter, selv om litteraturen viser til store barrierer i bruk av telehelse.

I den sammenheng hadde det vært nyttig å se på hemmende og fremmende faktorer for bruk av VK-møter med et perspektiv på koordinerte- og samordnede tjenester, som helse- og omsorgstjenesten har et krav på seg om å ivareta.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjons- og samtykke skjema

Referanser

- Alami, H., Gagnon, M. P., Wootton, R., Fortin, J. P., Zanaboni, P., . (2017). Exploring factors associated with the uneven utilization of telemedicine in Norway: a mixed methods study. *BMC Med Inform Decis Mak*, 17(1), 180-180. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0576-4>
- Alvesson, M., Skoldberg, K. (2018). *Reflexive Methodology New Vistas for Qualitative Research* (3. utg.). SAGE Publications.
- Bent Høie. (2020). *Oppfordrer helsetjenesten til å bruke videokonsultasjon* H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppfordrer-helsetjenesten-til-a-bruke-videokonsultasjon/id2693883/>
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. . (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family Practice*, 36(1), 53-63. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz072>
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J. & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review.(Report). *Implementation Science*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Bolton, A. J., Dorstyn, D.S. . (2015). Telepsychology for Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(5), 254-267. <https://doi.org/10.1177/1357633X15571996>
- Bondevik, H., Bostad, I. (2018). *Tenkepauser filosofi og vitenskapsteori* (6. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Cane, J., O'Connor, D., Michie, S., . (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*, 7(1), 37-37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
- CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. (2020). *Consolidated Framework for Implementation Research* Hentet 18.04.2020 fra <https://cfirguide.org/>
- Confrere. (2022). *Confrere secure video calls*. <https://confrere.com/>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science : IS*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., & Lozeau, D., Trottier, L-H., . (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations. *Health Care Manage Rev*, 27(3), 60-73. <https://doi.org/10.1097/00004010-200207000-00007>
- Direktoratet for e-helse. (2021). *Utviklingstrekk 2021 E-helsetrender*.
file:///C:/Users/mailt/Downloads/Utviklingstrekk%202021%20E-helsetrender%20oppdatert%20versjon.pdf
- Direktoratet for ehelse. (2006). *NORMEN - Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten* Hentet 14.11.2019 fra <https://ehelse.no/normen>
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J. & Locock, L. (2010). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Manage Rev*, 35(1), 2-12. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181c88e79>
- [Record #30 is using a reference type undefined in this output style.]

- Dugstad, J. H., Nilsen, E., Gullslett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). *Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester : opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport* (1894-7522 978-82-8261-029-2).
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M. & Pisano, G. P. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. *Administrative science quarterly*, 46(4), 685-716. <https://doi.org/10.2307/3094828>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom halso- och sjukvård Från filosofi till praktik*. Liber AB.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *Journal of the The American psychologist Association* 48(4), 384-392. <https://doi.org/10.1037/h0030377>
- Ekman, P., Friesen, WV., . (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *J Pers Soc Psychol*, 17(2), 124-129. <https://doi.org/10.1037/h0030377>
- European Commission. (2012). *eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century* <https://www.myesr.org/sites/default/files/eHealthActionPlan2012-2020.pdf>
- Feldstein, A. C. & Glasgow, R. E. (2008). A Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) for Integrating Research Findings into Practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34030-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34030-6)
- Fitzgerald, L. & Dopson, S. (2005). *Knowledge, Credible Evidence, and Utilization*. I. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199259014.003.0007>
- Fixsen, D., Naoom, SF., Blase, KA., Friedman, RM., Wallace, F. (2005). *Book Implementation Research: A Synthesis of the Literature* Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)* (ISBN 978-82-12-03524-9 (pdf)). © Norges forskningsråd 2016. <https://www.forskningsradet.no/>
- Fuglerud, K., Fyhn, T., Halbach, T., Kjæret, K. & Olsen, T. (2021). *Teknologi og inkludering av personer med nedsatt syn i arbeidslivet: Kunnskapsoppsummering* (1054). Norsk Regnesentral.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig - En studie i hverdagslivets dramatik*. Pax Forlag A/S
- Greenhalgh. (2018). Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.9897>
- Greenhalgh et al. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Greenhalgh, T. (2017). *How to Implement Evidence-Based Healthcare*. New York: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Greenhalgh, T. (2018). How to improve success of technology projects in health and social care. *Public Health Res Pract*, 28(3). <https://doi.org/10.17061/phrp2831815>

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., . (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. An opportunity in a crisis? *BMJ*, 368, m998-m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Grol, R., Bosch, MC., Hulscher, ME., Eccles, MP., Wensing, M., . (2007). Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>
- Grona, S. L., Bath, B., Busch, A., Rotter, T., Trask, C., Harrison, E. . (2017). Use of videoconferencing for physical therapy in people with musculoskeletal conditions: A systematic review. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(5), 341-355. <https://doi.org/10.1177/1357633X17700781>
- Gullslett, M., Silsand, L., Breivik, E. & Nilsen, E. (2022). Implementing and Learning to Use Video Meetings in Mental Health Hospital Departments. *Under publisering*. file:///C:/Users/mail/OneDrive/Skrivebord/Litteratur%202022/20220105_submit%20eTelemed_Gullslett_cameraready.pdf
- Gullslett, M. K., Kristiansen, E. & Nilsen, E. R. (2021). Therapists' Experience of Video Consultation in Specialized Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR human factors*, 8(3), e23150-e23150. <https://doi.org/10.2196/23150>
- Gustafson, D., et al., . (2003). Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Health Serv Res*, 38(2), 751-776. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00143>
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten* (1. utg.). Gyldendal.
- Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M. & Minasian, L. (2007). Determinants of Implementation Effectiveness: Adapting a Framework for Complex Innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303. <https://doi.org/10.1177/1077558707299887>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgs>
- Helsedirektoratet. (2013, 05.05.2019). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Helsedirektoratet. Hentet 22.02.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helsedirektoratet. (2018). *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.2018* (IS-2801). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20hos%20fastlege%20og%20legevakt%202018.pdf/_attachment/inline/8b3f4e77-4511-4500-8194-cb1a634c0c23:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/E-konsultasjon%20hos%20fastlege%20og%20legevakt%202018.pdf
- Helsenett, N. (2022). *Join* Hentet 13.04.2022 fra <https://join.nhn.no/webapp/home>
- Helsenorge. (2021). *Koronavirus*. Norsk Helsenett. Hentet 12.04.2022 fra <https://www.helsenorge.no/koronavirus>
- Helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hofmann, B. (2012). Ethical Challenges with Welfare Technology: A Review of the Literature. *Sci Eng Ethics*, (19), 389-406. <https://doi.org/10.1007/s11948-011-9348-1>

- Hofmann, B. (2019). Hvordan vurdere etiske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(03), 99-116. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-09>
- James, H., Papoutsi, C., Wherton, J., Greenhalgh, T., Shaw, SE., . (2021). Spread, Scale-up, and Sustainability of Video Consulting in Health Care: Systematic Review and Synthesis Guided by the NASSS Framework. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1). <https://doi.org/10.2196/23775>
- Keith et al. (2017). Using the consolidated framework for implementation research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implementation Science*, 12:15. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0550-7>
- Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S., . (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.5.811>
- Klein, K. J., Sorra, Joann Speer, . (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management review*, 21(4), 1055-1080. <https://doi.org/10.2307/259164>
- Koivunen, M., Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scand J Caring Sci*, 32(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Le, C., Finbråten, H.S, Pettersen, K.S., Guttersrud, Ø., . (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del 1* (IS-2959). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M. & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Manage Rev*, 32(4), 309-320. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- May, C. e. a. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res*, 7(1), 148-148. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-148>
- McCormack, B., McCane, T., Bulley, C., Brown, D., McMillian, A. & Martin, S. (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., McCane, T., . (2017). *Person-Centred practice in nursing and health care. Theory and practice* (2. utg.). Wiley Blackwell.
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid* H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Meyer, A. D., Goes, J. B., . (1988). Organizational Assimilation of Innovations: A Multilevel Contextual Analysis. *Academy of Management journal*, 31(4), 897-923. <https://doi.org/10.2307/256344>
- Microsoft. (2022a). *Skype*. Hentet 13.04.2022 fra <https://www.skype.com/no/business/>
- Microsoft. (2022b). *Teams*. Hentet 13.04.2022 fra https://www.microsoft.com/nb-no/microsoft-teams/compare-microsoft-teams-options-b?=&ef_id=EAAlaQobChMIgaHanY6R9wIVppBoCR3Ckgt7EAAAYASAAEgKMNfD BwE%3AG%3As&ocid=AID2202158 SEM EAAlaQobChMIgaHanY6R9wIVppBoCR3Ckgt7EAAAYASAAEgKMNfD BwE%3AG%3As&gclid=EAAlaQobChMIgaHanY6R9wIVppBoCR3Ckgt7EAAAYASAAEgKMNfD BwE&market=no
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2021, 26.11.2021). *Digital hjemmeoppfølging*, . Hentet 22.02.2022 fra <https://ehealthresearch.no/digital-hjemmeoppfolging>
- NHS. (2019). The NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>
- Nilsen, E., Stendal, K., Gullslett, MK., . (2020). Implementation of eHealth Technology in Community Health Care: the complexity of stakeholder involvement. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 395-395. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05287-2>
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 657-657. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>
- Perrin, K., et al. (2006). Factors contributing to intervention fidelity in a multi-site chronic disease self-management program. *Implement Sci*, 1(1), 26-26. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-26>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015–2016)). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/oppfolging2019.pdf>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed. utg.). Free P.
- S. Kvale, S. B. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Seuren, L., Wherton, J., Greenhalgh, T., Shaw, SE., . (2021). Whose turn is it anyway? Latency and the organization of turn-taking in video-mediated interaction. *J Pragmat*, 172, 63-78. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2020.11.005>
- Shortell, S. M., Marsteller, J. A., Lin, M., Pearson, M. L., Wu, S.-Y., Mendel, P., Cretin, S. & Rosen, M. (2004). The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. *Med Care*, 42(11), 1040-1048. <https://doi.org/10.1097/00005650-200411000-00002>
- Silsand, L., Severinsen, G-H., Berntsen, G., . (2021). Preservation of Person-Centered Care Through Videoconferencing for Patient Follow-up During the COVID-19 Pandemic: Case Study of a Multidisciplinary Care Team. *JMIR formative research*, 5(3). <https://doi.org/10.2196/25220>
- [Record #235 is using a reference type undefined in this output style.]
- Skatvedt, A. (2020). *Bedringens sosiologi : om potensialet i hverdagslig samhandling* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J. & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*, 26(5), 309-313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- T. Greenhalgh, G. R. F. M., P. Bate, O. Kyriakidou,. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations [Systematic Review]. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- The Australian Digital Health Agency. (2022). *Telehealth*. Hentet 15.04.2022 fra <https://www.digitalhealth.gov.au/initiatives-and-programs/telehealth>
- Thiyagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F., Atherton, H. (2020). Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open*, 4(1), bjgpopen20X101020. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101020>
- Thoresen, L., Rugseth, G., Bondevik, H., . (2020). Fenomenologi i helsefag. I (s. 45-57). Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Travelbee, J., Thorbjørnsen, K. M. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforl.
- Tucker, A., Nembhard, I. & Edmondson, A. (2007). Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units. *Management science*, 53(6), 894-907. <https://doi.org/10.1287/mnsc.1060.0692> (Management Science)
- Turkle, S. (1995). *Life on the screen - Identity in the age of the internet*. Simon & Schuster.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2005). *Theory at a glance - A guide for health promotion practice*. National Cancer Institute. <https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/theory.pdf>
- Universitetet i Oslo. (2017, 16.12.2021). *Nettskjema diktafon-app*. Hentet 15.03.2022 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Van de Ven, A. H. (1986). Central Problems in the Management of Innovation. *Management science*, 32(5), 590-607. <https://doi.org/10.1287/mnsc.32.5.590> (Management Science)

- Walston, S. L., Kimberly, J. R. & Burns, L. R. (2001). Institutional and Economic Influences on the Adoption and Extensiveness of Managerial Innovation in Hospitals: The Case of Reengineering. *Med Care Res Rev*, 58(2), 194-228.
<https://doi.org/10.1177/107755870105800203>
- While, A. & Dewsbury, G. (2011). Nursing and information and communication technology (ICT): A discussion of trends and future directions. *Int J Nurs Stud*, 48(10), 1302-1310.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.020>
- World Health Organization. (2022). *Demographic trends, statistics and data on ageing*. Regional office for Europe. Hentet 03.04.2022 fra
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/demographic-trends,-statistics-and-data-on-ageing>
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2007). *People-centred health care : a policy framework*, . <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206971>