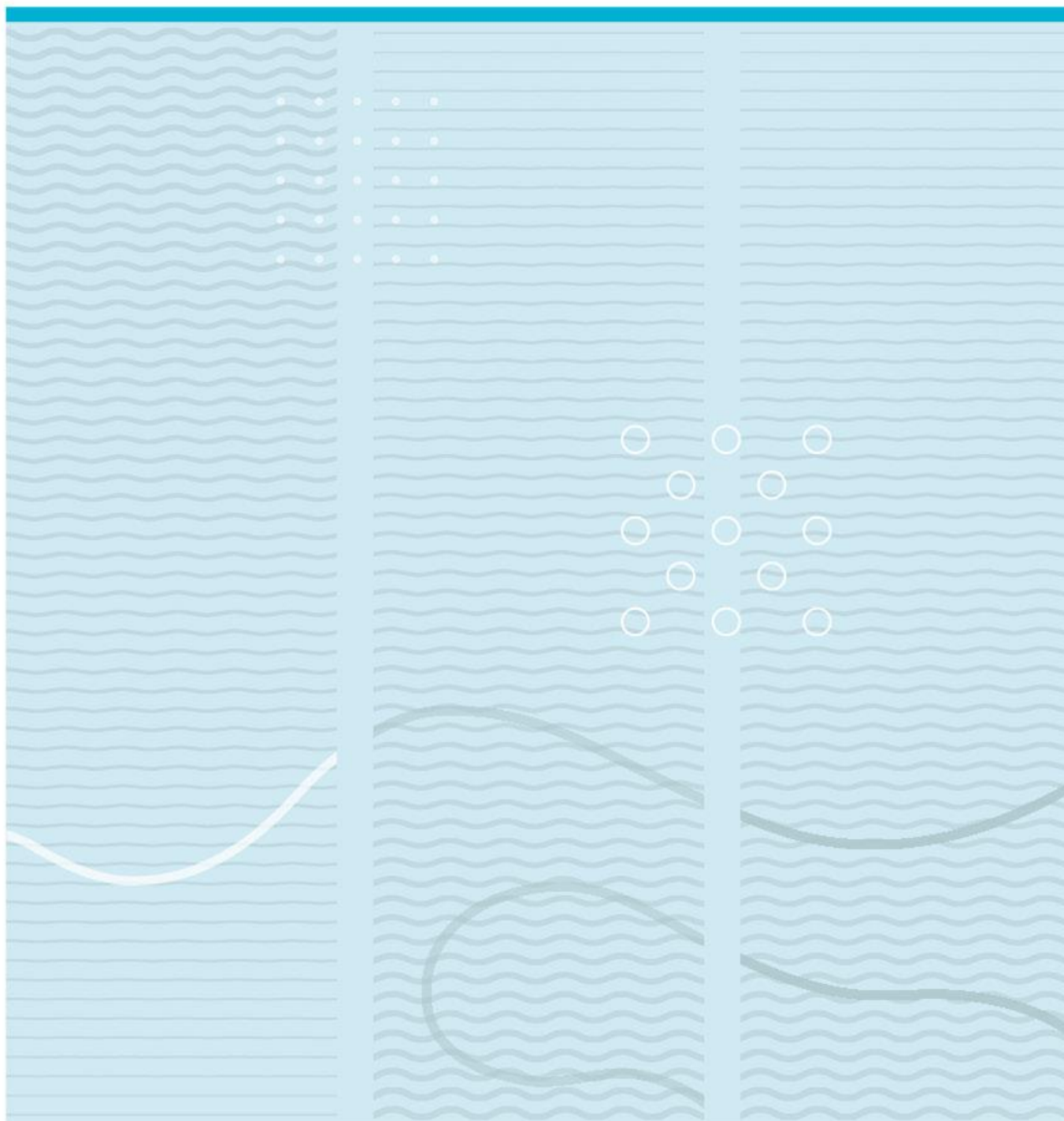


Kari Skogheim

Videokonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten

En kvalitativ studie



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

<http://www.usn.no>

© 2022 Kari Skogheim

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med kols reinnlegges hyppigst på norske sykehus. Bruk av videokonsultasjoner til pasienter med kols i perioden etter utskrivelse kan bidra til forebygging av reinnleggelser. For å imøtekomme behovet for helsehjelp til denne pasientgruppen, må spesialisthelsetjenesten tenke innovativt og sørge for tjenesteutvikling av den polikliniske oppfølgingen.

Hensikt: Å frembringe ny, relevant og aktuell kunnskap om pasienter med kols sine erfaringer omkring bruk av videokonsultasjoner som poliklinisk oppfølging etter en sykehusinnleggelse. Kunnskapen som frembringes vurderes å kunne bidra til optimalisering og kvalitetssikring av videokonsultasjoner som poliklinisk tjenestetilbud til denne pasientgruppen.

Problemstilling: «Hvordan erfarer pasienter med kols videobasert poliklinisk oppfølging etter sykehusinnleggelse?»

Metode: Det er benyttet et kvalitativt utforskende design for å belyse og besvare problemstillingen. Datainnsamling foregikk gjennom individuelle forskningsintervjuer av fire informanter. Systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode.

Resultater: Pasientene har varierende grad av digital kompetanse og varierende tillit til om deres personvern blir ivaretatt ved bruk av videokonsultasjon. De er godt informert før videokonsultasjon og opplever det uproblematisk å møte sykepleier for første gang over video. Pasientene erfarer at det er god kvalitet på videoløsning, til tross for innloggingsutfordringer. Totalt sett er pasientene tilfreds med videokonsultasjon og samtlige ønsker å motta videokonsultasjon etter en eventuell fremtidig kolsrelatert sykehusinnleggelse.

Konklusjon: Pasienter med kols er en kompleks pasientgruppe med store individuelle forskjeller og behov, også med tanke på videokonsultasjoner. Helsepersonell må i den sammenheng ta hensyn til den enkelte pasients forventninger, forutsetninger, ressurser og behov ved vurdering av oppstart av videobasert poliklinisk oppfølging.

Nøkkelord: Kols, Pasienterfaring, Videokonsultasjon, Poliklinikk

Abstract

Background: Patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease, COPD, are most frequently readmitted to Norwegian hospitals. Use of video consultations after discharge can prevent readmissions. To accommodate the need for specialist healthcare for this patient group, innovations in service developments due to outpatient clinic follow-up is needed.

Aim: To generate new, relevant, and current knowledge of patients with COPD and their experiences in use of video consultations as an outpatient clinic follow-up service after hospital admission. The knowledge can further contribute to optimization and quality securement of video consultations as an outpatient clinic service for this patient group.

Research question: “How do patients with COPD experience video-based outpatient clinic follow-up after hospital admission?”

Methods: A qualitative explorative design has been used to illuminate and answer the research question. Collection of data was done through individual research interviews of four informants. Systematic text condensation was used as analysis method.

Results: Patients have varying degrees of digital competence and trust due to privacy concerns considering video consultations. They are well-informed prior to the video consultation and find it unproblematic meeting the nurse for the first time over video. Patients experience the video solution to be of good quality, despite login challenges. In total, the patients are satisfied and want to receive video consultations after a future COPD related hospital admission.

Conclusions: Patients suffering from COPD is a complex group of patients with great individual differences and needs, also regarding video consultations. Healthcare professionals must consider each patients expectations, prerequisites, resources and needs when considering video-based outpatient clinic follow-up.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Patient experience, Video consultation, Outpatient clinic

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	7
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Studiens hensikt	10
1.3 Problemstilling	10
1.4 Avgrensning	10
1.5 Oppgavens struktur	11
2 Bakgrunn	12
2.1 Kols og sykdomsforverring	12
2.2 Sykehusinnleggelser	14
2.3 Poliklinisk oppfølging	14
2.3.1 Ambulerende lungeteam	15
2.4 Spesialisthelsetjenester i hjemmet	16
2.4.1 Videokonsultasjon	17
2.5 Forskningslitteratur på feltet	19
2.5.1 Litteratursøk	19
2.5.2 Oppsummering av tidligere forskning og funn fra litteratursøk	19
3 Teori	22
3.1 Technology Acceptance Model	22
3.2 Digital kompetanse og digitale ferdigheter	24
4 Design og metode	26
4.1 Forskningsdesign	26
4.2 Valg av metode	26
4.3 Utvalg	26
4.4 Rekruttering	28
4.5 Datainnsamling	30
4.6 Transkribering	31
4.7 Analyse	31

4.7.1	Analyseprosess	32
4.8	Troverdighet i kvalitativ forskning	35
4.8.1	Forskerrollen	35
4.9	Forskningsetiske overveielser	35
4.9.1	Informert samtykke	36
4.9.2	Formelle godkjenninger	36
4.9.1	Lagring av data	37
4.9.2	Dataminimering	37
5	Resultater	38
5.1	Poliklinisk oppfølging fra sykehus	38
5.1.1	Ønsker mer oppfølging etter sykehusinnleggelse	38
5.2	Forberedelse til og gjennomføring av videokonsultasjon	40
5.2.1	Variierende digitale ferdigheter	40
5.2.2	Tilstrekkelig informasjon før videokonsultasjon	41
5.2.3	Ivaretagelse av personvernet	41
5.2.4	Utfordringer med innlogging, men god kvalitet på videoløsning	41
5.2.5	Første møte over video	43
5.2.6	God totalopplevelse av videokonsultasjon	43
5.3	Videokonsultasjon som tjenestetilbud	44
5.3.1	Fordeler og ulemper med videokonsultasjon	44
5.3.2	Ønsker flere videokonsultasjoner	44
6	Diskusjon	46
6.1	Poliklinisk oppfølging fra sykehus	46
6.1.1	Oppfølging etter utskrivelse fra sykehus	46
6.1.2	Lungerehabilitering	47
6.1.3	Trygghet	48
6.2	Forberedelse til og gjennomføring av videokonsultasjon	49
6.2.1	Informasjon	49
6.2.2	Personvern	50
6.2.3	Digital kompetanse og bruk av videoløsning	51
6.2.4	Relasjon gjennom videokonsultasjon	54
6.2.1	Totalopplevelse av videokonsultasjon	55

6.3	Videokonsultasjon som tjenestetilbud	56
6.3.1	Fordeler og ulemper med videokonsultasjon	56
6.3.2	Fremtidige videokonsultasjoner	58
6.4	Forslag til videre forskning	58
6.5	Metodediskusjon	59
6.5.1	Gyldighet	59
6.5.2	Pålitelighet	59
6.5.3	Overførbarhet	60
6.5.4	Forskerrollen	60
7	Konklusjon	62
8	Litteraturliste	63
	Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	69
	Vedlegg 2 Intervjuguide.....	72
	Vedlegg 3 Søkelogg MEDLINE	75
	Vedlegg 4 Søkelogg Cinahl	76
	Tabell 2-1 Alvorlighetsgrad og forverringsrisiko	13
	Tabell 2-2 Innleggelser og reinnleggelser kols	14
	Tabell 2-3 Emneord og tekstord	19
	Tabell 4-1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	27
	Tabell 4-2 Oppsummering av utvalg.....	28
	Tabell 4-3 Utdrag analyseprosess.....	34
	Tabell 5-1 Resultatkategorier og underkategorier	38
	Figur 2-1 Spesialisthelsetjenester i hjemmet.....	16
	Figur 3-1 Technology Acceptance Model.....	23
	Figur 3-2 Nøkkelområder Digital kompetanse.....	25
	Figur 4-1 Oversikt rekruttering	29

Forord

Fire år som deltidsstudent er over. Det har vært noen krevende studieår med full jobb og små barn, men jeg ville ikke vært de foruten. Dette studiet har gitt meg kunnskap og kompetanse som jeg nå gleder meg til å ta i bruk. I tillegg har det å være student bidratt til mye glede og nye bekjentskap som jeg tar med meg videre.

Jeg vil starte med å rette en stor takk til min veileder Espen som alltid har vært tilgjengelig, tilstede og konstruktiv i sine tilbakemeldinger. Videre vil jeg takke mine gode kolleger som har tilrettelagt slik at dette ble mulig for meg å gjennomføre. Jeg vil også rette en stor takk til sykepleierne i ambulerende lungeteam og alle informantene som bidro med sine verdifulle erfaringer. Takk til Norsk sykepleierforbund for tildelt støtte.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke hele min familie som har heiet på meg alle disse årene. En ekstra takk til Pappa for gode innspill og verdens største takk til Øyvind for all støtte, oppmuntring og tålmodighet disse årene.

Nå ser jeg frem til nye muligheter og utfordringer, men aller mest gleder jeg meg til å tilbringe mer tid med venner og familie.

Lørenskog, september 2022

Kari Skogheim

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demografiske endringer fører til store utfordringer på det nasjonale og globale samfunnsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I Norge lever nordmenn lenger enn tidligere og stadig flere får kroniske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Kronisk obstruktiv lungesykdom, kols, rammer omtrent fire prosent av verdens befolkning (Forum of International Respiratory Societies, 2021) og er den sykdommen som øker raskest i verden (Helsedirektoratet, 2020). Seks prosent av alle dødsfall i verden i 2019 skyldtes kols, noe som gjør sykdommen til den tredje hyppigste dødsårsaken på globalt nivå (World Health Organization, 2020). Over 150 000 nordmenn har diagnosen kols og det antas at omtrent like mange har sykdommen uten å være klar over det (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2021). Dette fører til store utfordringer for helse- og omsorgstjenesten, da behovet for helsehjelp til nordmenn med blant annet kols vil øke i årene som kommer. Parallelt vil behovet for helsepersonell øke, da flere nordmenn vil falle utenfor arbeidslivet i fremtiden som følge av kronisk sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Spesialisthelsetjenesten vil rammes av de demografiske endringene ettersom flere pasienter med kronisk sykdom vil ha behov for poliklinisk oppfølging, samtidig som flere vil bli innlagt på sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Nasjonale tall viser at mer enn 625 000 pasienter har kronisk sykdom og mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). I 2019 hadde pasienter med sykdommer i åndedrettssystemet, inkludert pasienter med kols, flere enn 84 800 polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Kols er en kronisk sykdom som fører til nedsatt lungekapasitet i varierende grad (Helsedirektoratet, 2020). Kols gir symptomer som blant annet kronisk hoste, kortpustethet og økt slimdannelse (BMJ Publishing Group Limited, 2021). Utover de fysisk belastende symptomene, lider flere av de som er rammet i tillegg av angst- og depresjonssymptomer, noe som fører til redusert livskvalitet for mange (Helsedirektoratet, 2022). Forverring av sykdommen forekommer relativt ofte for denne pasientgruppen, noe som kan innebære hyppige innleggelser og reinnleggelser på sykehus (Helsedirektoratet, 2020). Kols er en irreversibel sykdom, men medikamentell behandling, trening og eventuell røykeslutt kan lindre symptomer og begrense sykdomsutviklingen (Helsedirektoratet, 2020). Pasienters egenmestring av sykdommen vil kunne bidra til å bremse utviklingen.

Egenmestring krever at pasienter har kunnskap om sykdommen og sykdommens utvikling, slik at de selv kan identifisere symptomer, alvorlighetsgrad og igangsette egenbehandlingstiltak på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet, 2022). På denne måten kan pasienter selv bidra til å forebygge forverring av sykdommen, og redusere antall innleggelses og reinnleggelses på sykehus (Zwerink et al., 2014). Videre spiller grad av helsekompetanse en viktig rolle med tanke på egenmestring og tilrettelegging av hvordan pasienter kan håndtere egne helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b).

Folkehelseinstituttets rapport fra 2019 om kvalitet i helsetjenesten, viser at pasienter som tilhører diagnosegruppen Astma/kols har høyest reinnleggelsesprosent på norske sykehus (Folkehelseinstituttet, 2020). En reinnleggelse er definert som en akutt innleggelse på sykehus, og som finner sted mellom åtte timer og 30 dager etter forrige utskrivelse (Folkehelseinstituttet, 2020). De siste årene har antall reinnleggelses på norske sykehus økt for diagnosegruppen Astma/kols, henholdsvis fra 27,5 prosent i 2017 til 28,9 prosent i 2019 (Folkehelseinstituttet, 2017, 2019). Det er på bakgrunn av dette sannsynlig å anta at antall reinnleggelses vil fortsette å øke i takt med den demografiske utviklingen. Ettersom forekomsten av reinnleggelses blant pasienter med kols er høy, anses tidsaspektet mellom utskrivelse fra sykehus og de påfølgende 30 dagene som kritisk (Folkehelseinstituttet, 2020). Dersom spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for poliklinisk oppfølging i perioden etter utskrivelse, kan reinnleggelses forebygges (Barken, Thygesen, & Söderhamn, 2018). Det er i dag ingen systematisk poliklinisk oppfølging av pasienter med kols etter utskrivelse fra sykehus. Pasienter med kols anbefales imidlertid å kontakte fastlege for kontroll innen 30 dager etter en sykehusinnleggelse med kolsforverring. Avhengig av alvorlighetsgrad av sykdommen, anbefales det videre at pasienter følges regelmessig opp av fastlege (Helsedirektoratet, 2022). Dersom pasienter ikke responderer optimalt på behandlingen eller har høy alvorlighetsgrad av kols, kan det være aktuelt med poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022). For å kunne imøtekomme det økende behovet for helsehjelp til pasienter med kols, må spesialisthelsetjenesten være innovative og sørge for tjenesteutvikling av den polikliniske oppfølgingen (Direktoratet for e-helse, 2019). Regjeringen peker spesielt på teknologiens muligheter, som eksempelvis oppfølging av pasienter på avstand i form av blant annet videokonsultasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). De fleste sykehus har i dag mulighet til å gjennomføre videokonsultasjoner, men tilbudet er lite utbredt for pasienter med kols (Helse Sør-Øst, 2018).

Etter mange år som sykepleier i spesialisthelsetjenesten, hovedsakelig innenfor medisinsk teknologi og oksygenbehandling til pasienter etter utskrivelse fra sykehus, har jeg tilegnet meg relevant kompetanse omkring kols. Jeg jobber til tider tett på pasientgruppen og har i den forbindelse blitt kjent med deres ressurser, men også utfordringer som sykdommen kan føre med seg. I dette masterløpet har bruk av videokonsultasjoner til denne pasientgruppen vært mitt hovedfokus. På bakgrunn av det ønsker jeg i denne studien å undersøke nærmere hvilke erfaringer pasienter med kols har med videokonsultasjoner etter utskrivelse fra sykehus.

1.2 Studiens hensikt

Denne masterstudien har til hensikt å frembringe ny, relevant og aktuell kunnskap om pasienter med kols sine egne erfaringer omkring bruk av videokonsultasjoner som poliklinisk oppfølging etter en sykehusinnleggelse. Kunnskapen som frembringes vurderes å kunne bidra til optimalisering og kvalitetssikring av videokonsultasjoner som poliklinisk tjenestetilbud til denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling

Det er i denne studien valgt følgende problemstilling:

«Hvordan erfarer pasienter med kols videobasert poliklinisk oppfølging etter sykehusinnleggelse?»

1.4 Avgrensning

Problemstillingen har ingen konkret sammenheng med Covid-19-pandemien og dens innvirkning på bruk av videokonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Bruk av videokonsultasjoner er et generelt satsningsområde i helseforetakene. Det er derfor viktig å fremskaffe ny kunnskap om pasienters erfaringer med bruk av videokonsultasjon som et alternativ til tradisjonell poliklinisk konsultasjon med fysisk oppmøte på poliklinikk.

Som teoretisk rammeverk anvendes den opprinnelige Technology Acceptance Model, TAM. Modellen er her tenkt brukt til å vurdere om deltakerne aksepterer teknologien. TAM diskuteres hovedsakelig med tanke på begrepene oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet opp mot studiens resultater.

1.5 Oppgavens struktur

Denne oppgaven følger tradisjonell kapittelstruktur. I kapittel 2 gjennomgås teoretisk bakgrunn for problemstillingen, relevant forskningslitteratur og litteratursøk som er gjort på emnet. Videre i kapittel 3 beskrives og redegjøres det for teori og begreper som er relevante for oppgaven. I kapittel 4 gjøres det rede for valg av design og metode. Deretter, i kapittel 5, presenteres resultater og i kapittel 6 diskuteres de aktuelle resultatene i lys av relevant forskning og TAM-modellen. I kapittel 7 oppsummeres oppgaven med en konklusjon.

2 Bakgrunn

I dette kapitlet beskrives begreper som er sentrale i forbindelse med studiens problemstilling og hensikt. Det gjøres blant annet rede for hvordan pasienter med kols tradisjonelt blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten og hvordan videokonsultasjoner fungerer. Til slutt i kapitlet presenteres tidligere forskning omkring emnet.

2.1 Kols og sykdomsforverring

Kols er en av de fire ikke-smittsomme folkesykdommene i Norge, og rammer hovedsakelig den eldre delen av befolkningen (Helsedirektoratet, 2022). Å leve med kols er utfordrende for mange pasienter, da symptomer som blant annet kronisk hoste og slimdannelse, tretthet og dyspné ved anstrengelser og i hvile preger hverdagen (BMJ Publishing Group Limited, 2021). Det er i tillegg hyppig forekomst av angst og depresjon hos pasienter med kols, sammenliknet med befolkningen generelt. Tung pust antas å være hovedårsak til dette, da mange med sykdommen opplever pustebesvær som skremmende og angstutløsende (Brenes, 2003). Kols klassifiseres i fire alvorlighetsgrader, GOLD-grader. Alvorlighetsgradene deles inn i henholdsvis mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig grad (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020; Helsedirektoratet, 2022).

Kols er en sykdom som ikke lar seg reversere og mange plages med daglige symptomvariasjoner. Akutte forverringer forekommer hyppig for mange av de som er rammet. Forverringen er en alvorlig hendelse i sykdomsforløpet og er ofte forårsaket av infeksjon (Helsedirektoratet, 2022). Under en forverring blir symptomene sterkere i form av økende dyspné og obstruksjon ved utpust, hoste, slim og piping i brystet. Symptomene er tiltagende og mange pasienter må akuttinnlegges på sykehus med behov for blant annet pustehjelp (Helsedirektoratet, 2020). For å kunne definere de ulike alvorlighetsgradene av en forverring av kols, ses det på pasienters bruk av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2022). Ved mild forverring er det behov for at pasienter har fokus på økt egenbehandling, hovedsakelig i form av egenmedisinering. Ved moderat forverring er det behov for at pasienter kontakter fastlege eller andre i kommunehelsetjenesten for behandling, og ved alvorlig grad av forverring er det behov for at pasienter kontakter spesialisthelsetjenesten for behandling (Helsedirektoratet, 2022).

Forverring av kols varierer ut fra pasienters alvorlighetsgrad av selve sykdommen, se tabell 2-1. Pasienter som har alvorlig eller svært alvorlig grad av kols legges hyppigere inn på sykehus enn de med mild eller moderat grad av kols (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020; Helsedirektoratet, 2022).

Tabell 2-1 Alvorlighetsgrad og forverringsrisiko

Alvorlighetsgrad (GOLD grad)	Risiko for forverring
Mild kols (I)	Lav
Moderat kols (II)	Moderat
Alvorlig kols (III)	Høy
Svært alvorlig kols (IV)	Høy

Pasienter med mild forverring kan selv starte egenbehandling når de opplever en sykdomsforverring. En raskere oppstart av egenbehandlingen gir større sannsynlighet for å bremse forverringen. Dette forutsetter derimot at pasienter får tilstrekkelig opplæring i ulike egenbehandlingstiltak som er aktuelle for dem (Helsedirektoratet, 2022). Utarbeidelse av en egenbehandlingsplan kan i denne forbindelse være aktuelt for pasienter med kols som har erfaring med sykdomsforverring og har en god forståelse av symptomer. Planen utarbeides hovedsakelig i samarbeid med sykepleier og er individuelt tilpasset den enkelte pasient (LHL-klinikkene, 2015).

Kols anses som en sykdom påvirket av sosioøkonomiske forhold ettersom utvikling av sykdommen kan relateres til en rekke sosiale og økonomiske faktorer som blant annet yrke, utdanningsnivå og inntekt. Lav sosioøkonomisk status blant eldre viser høyere forekomst av helseplager og sykdommer, samt mindre ressurser til å håndtere egen helse, sammenliknet med eldre med høyere sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2018). En anbefaling i denne sammenheng er at helsepersonell er bevisst på sosioøkonomiske faktorer ved oppfølging og opplæring av pasienter med kols, og tilrettelegger helsehjelpen deretter (Helsedirektoratet, 2022).

2.2 Sykehusinnleggelser

Det er flere indikasjoner som tilsier at pasienter med forverring av kols skal legges inn på sykehus, blant annet manglende effekt av igangsatt medisinsk behandling, historikk med alvorlige forverringer eller fare for å utvikle akutt respirasjonssvikt (Helsedirektoratet, 2022). Tall fra 2019 viser at det på landsbasis var nærmere 28 000 sykehusinnleggelser for pasienter med kols, og at over 8 000 av disse innleggelsene ble etterfulgt av en reinnleggelse, se tabell 2-2 (Folkehelseinstituttet, 2020). En reinnleggelse er som nevnt tidligere en akutt innleggelse på sykehus som forekommer mellom åtte timer og 30 dager etter siste utskrivelse fra sykehus (Folkehelseinstituttet, 2020). I 2019 ble totalt 16,2 prosent av alle innleggelser etterfulgt av en reinnleggelse på norske sykehus. For pasienter med kols ble nærmere 29 prosent reinnlagt og de tilhører dermed diagnosegruppen med flest reinnleggelser (Folkehelseinstituttet, 2020).

Tabell 2-2 Innleggelser og reinnleggelser kols

	Innleggelser	Liggedøgn innleggelser	Reinnleggelser	Liggedøgn reinnleggelser	Prosent reinnlagt
2017	26 264	5,7	7 225	5,4	27,5
2019	27 943	4,8	8 082	4,9	28,9

2.3 Poliklinisk oppfølging

Pasienter med kols opplever ofte akutte forverringer av sykdommen. Rask og tett oppfølging er derfor nødvendig i etterkant (Helsedirektoratet, 2022). Oppfølging innen 30 dager etter utskrivelse fra sykehus bør etterstrebnes, da forskning viser at dette kan bidra til å forebygge reinnleggelser som følge av kolsforverring (Oga, Tsukino, Hajiro, Ikeda, & Nishimura, 2011). Det er hovedsakelig pasientens fastlege som har behandlings- og oppfølgingssansvar for denne pasientgruppen. Det er imidlertid en vesentlig andel pasienter med kols som i tillegg følges opp av spesialisthelsetjenesten. Dette kan være pasienter som har ustabil symptomkontroll, ikke responderer optimalt på foreskrevet behandling eller som har høy alvorlighetsgrad av sykdommen. I henhold til Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av pasienter med kols, avhenger oppfølgingsansvaret etter en sykehusinnleggelse forårsaket av en forverring om pasienten har hatt

respirasjonssvikt eller ikke (Helsedirektoratet, 2022). Respirasjonssvikt defineres som redusert oksygeninnhold i blodet (Store medisinske leksikon, 2019). Har pasienten hatt en alvorlig forverring og respirasjonssvikt har sykehuset ansvar for å følge opp innen fire uker etter utskrivelse, hovedsakelig med tanke på videre utredning av funn avdekket under sykehusoppholdet, samt henvise til lungerehabilitering dersom pasienten vurderes å være i stand til det. Dersom pasienten ikke har utviklet respirasjonssvikt i forbindelse med forverringen skal fastlege følge pasienten opp innen fire uker etter utskrivelse, og henvise til lungerehabilitering i enten kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten hvis det er aktuelt (Helsedirektoratet, 2022).

Spesialisthelsetjenesten er hovedsakelig underlagt de regionale helseforetakene, og plikter å yte helsetjenester som krever spesialisert kompetanse og ressurser. Sykehusene, som er en del av spesialisthelsetjenesten, har underliggende poliklinikker som yter poliklinisk helsehjelp i form av blant annet utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2013). Pasienter med kols som har behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten, følges vanligvis opp på lungemedisinske poliklinikker (Helsedirektoratet, 2022). På landsbasis hadde 49 467 pasienter med sykdommer i åndedrettsystemet og i alderen 40 år eller eldre, poliklinisk konsultasjon i 2019. Dette inkluderer blant annet pasienter med kols (Statistisk sentralbyrå, 2022).

2.3.1 Ambulerende lungeteam

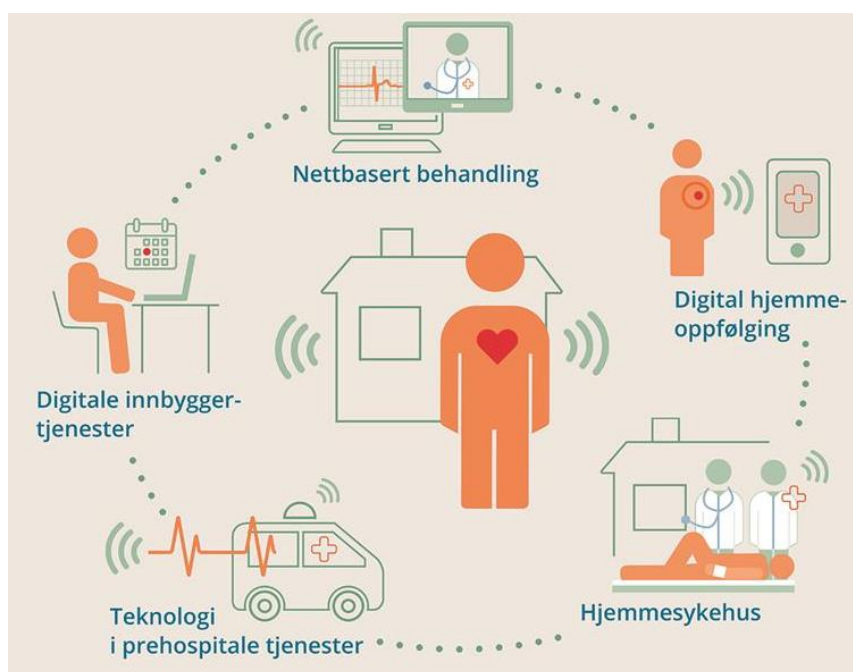
Flere poliklinikker har i dag ambulante team som følger opp pasienter med alvorlig sykdom i deres eget hjem (Helsedirektoratet, 2022). Formålet med ambulante team er blant annet kompetanseoverføring på tvers av behandlingsnivå, forebygging av innleggelse og sørge for at alvorlig syke pasienter kan få poliklinisk behandling i hjemmet i stedet for å reise inn til sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). På det aktuelle sykehuset for denne studien følger et ambulerende lungeteam opp pasienter med kols og lungefibrose. Pasienter med kols tilbys oppfølging fra ambulerende lungeteam dersom de har gjentatte sykdomsforverrelser, behandles med oksygen hjemme eller har hyppige sykehusinnleggelse. Det ambulerende lungeteamet er tverrfaglig og består hovedsakelig av sykepleiere og fysioterapeuter med spesialisert kompetanse innen lungemedisin. Teamet har også en lungelege og en klinisk ernæringsfysiolog tilgjengelig ved behov. Konsultasjonene foregår hovedsakelig i pasientenes hjem eller over telefon (Akershus universitetssykehus, 2022a). Frem til Covid-19-pandemiens utbrudd i 2020 hadde ingen pasienter mottatt videokonsultasjon fra ambulerende lungeteam på det aktuelle sykehuset. Etter utbruddet

av Covid-19-pandemien har det vært utfordringer og begrensninger med å gjennomføre fysiske konsultasjoner. Det ambulerende lungeteamet har i den anledning benyttet seg av videokonsultasjoner til en viss grad som et alternativ til tradisjonell poliklinisk konsultasjon. Pasienter får regelmessig oppfølging fra sykepleier og fysioterapeut. I sykepleiekonsultasjonene tibys pasienter informasjon og samtale om blant annet sykdomslære, symptomer på forverring, egenmestring, medikamenter, inhalasjonsteknikk, medisinsk teknisk utstyr, kosthold og røykeslutt. Det kan videre gjøres målinger ved hjemmebesøk, som blant annet pulsoksymetri, blodgassprøve og spirometri (Akershus universitetssykehus, 2022a; Helsedirektoratet, 2022).

2.4 Spesialisthelsetjenester i hjemmet

Bruk av teknologi kan bidra til at flere helsetjenester kan ytes mens pasienten befinner seg i sitt eget hjem. E-helse er fellesbetegnelsen på informasjonsteknologien og kommunikasjonsteknologien som tas i bruk for å sørge for mer effektivitet, sikkerhet og kvalitet i blant annet de digitale helsetjenestene. E-helsebegrepet har vært under utvikling frem til i dag, og liknende begreper som eksempelvis telehelse, telemedisin og digital helse er mye brukt i forskningslitteraturen om den samme teknologien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

Figur 2-1 Spesialisthelsetjenester i hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a)



Spesialisthelsetjenester i hjemmet er helsetjenester som flyttes fra sykehuset og til pasientenes hjem. I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020- 2023 er det økt fokus på bruk teknologi i helsetjenesten, blant annet i forhold til digital hjemmeoppfølging, tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging, digitale innbyggertjenester, hjemmesykehus, teknologi i prehospitaltjenester og nettbasert behandling, se figur 2-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Det regionale helseforetaket som det aktuelle sykehuset hører inn under har økt brukerstyring og bedre bruk av teknologi som et av sine satsingsområder (Helse Sør-Øst, 2018). Nye digitale løsninger og teknologi vil kunne bidra til mer tilgjengelige helsetjenester, samt tilrettelegge for brukerstyrt behandling i form av blant annet egenmestring og digital medvirkning. Pasienter kan på den måten få erfaring og kompetanse om egen helsesituasjon og behandlingsforløp (Helse Sør-Øst, 2018). Det regionale helseforetaket har videre som mål å redusere behovet for fysiske polikliniske konsultasjoner med 20 prosent de neste ti årene. For å nå dette målet skal flere polikliniske konsultasjoner med fysisk oppmøte på sykehusene erstattes med digitale helsetjenester, i form av blant annet videokonsultasjoner (Helse Sør-Øst, 2018).

2.4.1 Videokonsultasjon

Videokonsultasjon hører inn under tjenesteformen nettbasert behandling i forbindelse med spesialisthelsetjenester i hjemmet, se figur 2-1. Nettbasert behandling er behandling som gjennomføres helt eller delvis over internett, enten av pasienten selv eller ved at helsepersonell følger opp. I tillegg til videokonsultasjon er ulike nettbaserte mestringsverktøy knyttet opp mot bestemte sykdommer og lidelser eksempler på nettbasert behandling. Disse nettbaserte behandlingstjenestene kan blant annet bidra til bedre tilrettelegging av behandlingen, øke pasienters mestringsopplevelse og øke helsetjenestenes tilgjengelighet og behandlingsskapitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

En videokonsultasjon er en konsultasjon mellom helsepersonell og pasient som foregår over video, uten at partene møtes fysisk. Ved videokonsultasjon benyttes videokonferanseteknologi, som innebærer opprettelse av et virtuelt møterom hvor lyd og bilde overføres i sanntid. For å kunne gjennomføre en videokonsultasjon må det benyttes smarttelefon, nettbrett eller datamaskin med mikrofon og kamera, slik at begge parter kan se og høre hverandre (Helsedirektoratet, 2019). Videokonsultasjon som et poliklinisk tilbud er ikke tatt systematisk i bruk ved norske sykehus. Under Covid-19-pandemien var det noe økt bruk av videokonsultasjon, men denne bruken det ser ut til å

flåte ut ettersom smitterestriksjoner er på normalt nivå (Helse Sør-Øst, 2021). I tillegg til poliklinisk oppfølging av pasienter kan videokonferanseteknologi bidra til kommunikasjon og samarbeid mellom fagpersoner på tvers av sykehus, i forbindelse med blant annet kliniske vurderinger av samme pasient (Helse Sør-Øst, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

I henhold til Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, Normen, stilles det strenge krav til informasjonssikkerhet ved bruk av videokonsultasjoner. Nødvendige sikkerhetsløsninger skal være etablert slik at pasienters sikkerhet og rettigheter ivaretas i forbindelse med videokonsultasjoner, blant annet knyttet til personvern og taushetsplikt (Direktoratet for e-helse, 2021b). Direktoratet for e-helse anbefaler å benytte en videoløsning som helsetjenesten allerede har tatt i bruk (Direktoratet for e-helse, 2022). På det aktuelle sykehuset hvor videokonsultasjonene for denne studien ble gjennomført, benyttes videoløsningen 2Meet Consult fra Whereby som eies av norske Videonor. Løsningen er enkel og egner seg til bruk for de fleste pasientgrupper. Videoløsningen kan benyttes via smarttelefon, nettbrett eller pc. I Whereby er selve videosamtalen kryptert, samtidig som sensitive pasientdata ikke lagres noe sted. Pasienter må identifisere seg med BankID (Vipps AS, 2022) slik at helsepersonell kan være sikre på at de snakker med riktig person (Akershus universitetssykehus, 2022b; Whereby, 2022).

I forkant av en videokonsultasjon fra det aktuelle sykehuset, sendes det ut et timebrev til pasienten med informasjon om at den polikliniske timen er en videokonsultasjon. I brevet står det dato og tidspunkt for videokonsultasjon, samt hvem pasienten skal ha konsultasjon med. Det står videre hvordan pasienten kan forberede seg til timen ved å blant annet sjekke at utstyret som skal benyttes fungerer og at det er lurt å finne seg en egnet plass å sitte alene slik at taushetsplikten ivaretas. Det sendes i tillegg ut en lenke på Helsenorge, sms eller e-post som pasienten skal benytte for å logge seg på videokonsultasjonen. Det anbefales at pasienten logger seg på via lenken noen minutter før konsultasjonen skal starte. Gjennomføring av videokonsultasjonen foregår ved at pasienten trykker på den mottatte lenken fra sykehuset. Videoløsningen vil da starte i en nettleser og pasienten må trykke på «bank på» for å komme inn i videosamtalen. Ved oppstart vil det bli gjort en automatisk test av lyd og bilde. Når videokonsultasjonen er ferdig må pasienten trykke på «forlat» for å koble seg fra videosamtalen. På det aktuelle sykehuset er det tilknyttet et supportteam som pasienter kan kontakte dersom de opplever tekniske utfordringer under videokonsultasjonen (Akershus universitetssykehus, 2022b).

2.5 Forskningslitteratur på feltet

Innenfor vitenskapelig arbeid anbefales det å starte med å få en oversikt over forskningslitteraturen som allerede finnes på området (Malterud, 2017).

2.5.1 Litteratursøk

I samarbeid med en bibliotekar ble det gjort systematiske litteratursøk i forbindelse med denne studien, henholdsvis i databasene MEDLINE og Cinahl. Etter gjennomgang og kritisk vurdering av treffene (Helsebiblioteket, 2016b) var det tilsammen 16 artikler som var relevante for problemstillingen, se vedlegg 3 og 4. Dette viser at det finnes begrenset med forskning omkring temaet. I litteratursøket ble det benyttet en rekke emneord og tekstord, se tabell 2-3 for en oversikt over noen av søkeordene. For fullstendig oversikt over alle søkeord som ble benyttet, se vedlegg 3 og 4.

Tabell 2-3 Emneord og tekstord

Emneord (MeSH)	Tekstord
Pulmonary disease, chronic obstructive	COPD, ECOPD, Chronic obstructive pulmonary disease, Chronic obstructive lung disease
Videoconferencing Telemedicine Telehealth	Video, videoconferenc*, video-conferenc*, videoconsult*, video-consult*, telemedicine, tele-medicine, telehealth, televideo, tele-video, telemonitor, telemonitor*, tele care, teleconference*, tele-conferenc*, teleconsult*, tele-consult*, mobile health, ehealth, e-health, mhealth, m-health, TVC

2.5.2 Oppsummering av tidligere forskning og funn fra litteratursøk

På bakgrunn av de demografiske endringene samfunnet står overfor, er det behov for innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Ved hjelp av digitalisering og teknologi kan det skapes fleksibilitet rundt blant annet pasientbehandling og samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Over én prosent av helsetjenestens kostnader skyldes kols (Nielsen et al., 2009). Forskning viser at digitale løsninger som blant annet digital hjemmeoppfølging og telerehabilitering påvirker helsetjenesten positivt med tanke på kvalitet, ressursbruk og økonomiske gevinster (Cox et al., 2018; Gerdes,

Gallefoss, & Fensli, 2017; Rosenbek Minet et al., 2015). Forskning i forbindelse med bruk av videokonsultasjoner peker i samme retning; reduserte samfunnsøkonomiske kostnader (Irgens, Kleven, Sørli, Stanghelle, & Rekand, 2015), samt økt egenmestringsevne og livskvalitet for pasienter (Barken et al., 2018). Forskning viser videre at pasienter med kols som følges opp med videokonsultasjoner i ukene etter en sykehusinnleggelse, reinnlegges sjeldnere enn pasienter som mottar tradisjonell oppfølging (Cox et al., 2018; Sorknaes, Madsen, Hallas, Jest, & Hansen-Nord, 2011). En dansk studie viser at pasienter med kols i stor grad selvisolerte seg i frykt for å bli utsatt for smitte av koronavirus under Covid-19-pandemien. Selvisoleringen har ført til angst, ensomhet og bekymring for blant annet å bli glemt (Mousing & Sørensen, 2021). Ved at videokonsultasjoner ble tatt i bruk i forbindelse med Covid-19-pandemien, kunne helsetjenesten yte helsehjelp uten fysisk møte med pasientene (Tveter, Provan, Moholt, Bergsmark, & Østerås, 2021).

Samfunnsøkonomiske effekter og helsegevinster for pasienter ved bruk av videokonsultasjon understøttes gjennom dagens forskning. Forskning peker på pasienter med kols sine erfaringer og tilfredshet, men hovedsakelig i forbindelse med digital hjemmeoppfølging som en helhet, uten fokus på videokonsultasjoner alene (Fitzsimmons, Thompson, Bentley, & Mountain, 2016; Nissen & Lindhardt, 2017). Forskning som alene tar for seg erfaringer og tilfredshet med videokonsultasjoner, konkluderer med at pasienter med kols totalt sett har gode erfaringer. Det kommer frem at flere opplever økt trygghet og mestringsevne i forbindelse med videokonsultasjon, samt at det er enklere å bruke teknologien enn først antatt (Saleh, Larsen, Bergsåker-Aspøy, & Grundt, 2014; Sølling, Carøe, Mathiesen, & Lindgren, 2020). Ved bruk av videokonsultasjon slipper pasienter reisevei, noe som kan være utfordrende for denne pasientgruppen. Flere pasienter opplever økt fokus fra sykepleier ved videokonsultasjon sammenliknet med fysisk konsultasjon (Nissen & Lindhardt, 2017), og at sykepleier er nær til tross for geografisk avstand (Barken et al., 2018). På den annen side viser forskning at bruk av videokonsultasjoner også fører med seg begrensninger for pasienter med kols. Flere opplever at den ukjente teknologien medfører utrygghet og usikkerhet (Fitzsimmons et al., 2016) og at det kan være vanskeligere å åpne seg opp om tyngre tema over video (Nissen & Lindhardt, 2017). En studie viser at selv om samtlige pasienter opplevde økt trygghet med videokonsultasjoner, var konsultasjonene et forstyrrelseselement i hverdagen. Disse pasientene fikk derimot åtte videokonsultasjoner over en periode på to uker, noe som kan tenkes å virke inngripende (Mathar, Fastholm, & Sandholm, 2015). Videre kommer det frem at en forutsetning for

en vellykket videokonsultasjon er at pasient og sykepleier har møttes fysisk før konsultasjonen, slik at de har utviklet en relasjon og et tillitsforhold (Mathar et al., 2015; Sølling et al., 2020).

Forskning viser at pasienter med andre kroniske sykdommer har god erfaring med videokonsultasjoner (Primholdt Christensen & Danbjørg, 2018), noe som antas å være overførbart til flere pasientgrupper. I en studie som blant annet omhandlet pasienter med revmatiske lidelser i starten av Covid-19-pandemien, mente 81 prosent av deltakerne at det var en fordel å motta videokonsultasjon da det sparte dem for reisevei og ventetid. 91 prosent følte seg ivaretatt på lik linje som ved fysisk konsultasjon og 68 prosent kunne tenke seg å fortsette med videokonsultasjon etter at pandemien er over (Tvetter et al., 2021).

Med utgangspunkt i prinsipper om brukerkunnskap og brukermedvirkning innen kunnskapsbasert praksis, vil pasienter med kols sine egne erfaringer omkring videokonsultasjoner ha betydning og relevans for å sikre kvalitet og optimalisering av tjenestetilbudet (Helsebiblioteket, 2016a).

Ettersom forskning på området er begrenset, og særlig spesifikt knyttet til videobasert poliklinisk oppfølging av pasienter med kols, vil ytterligere forskning kunne bidra med verdifull kunnskap.

Kunnskapen kan anvendes i videreutvikling av helsetjenesten og mer spesifikt knyttet til implementering av videokonsultasjon som del av behandlingsforløpet til pasienter med kols.

3 Teori

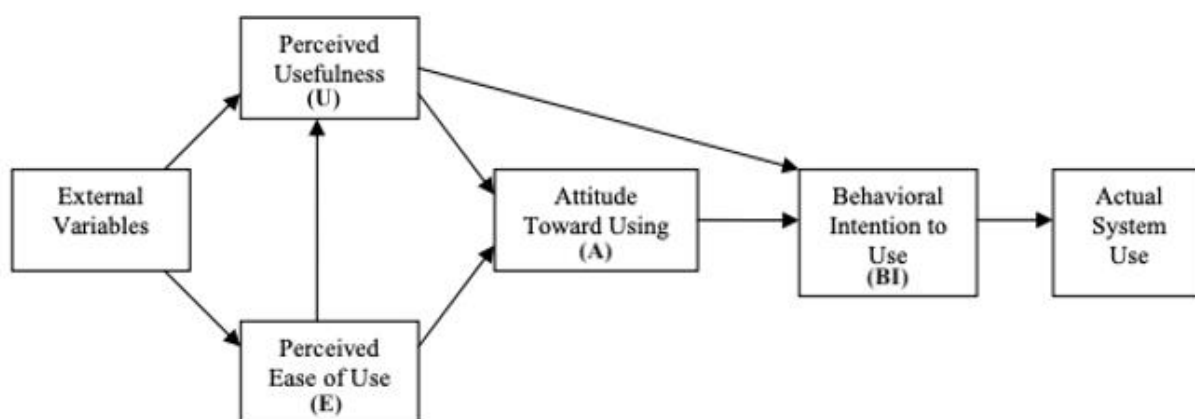
I dette kapitlet beskrives og redegjøres det for utvalgte teoretiske perspektiver som er relevante for denne masterstudien. Å anvende teori i kvalitativ forskning kan blant annet bidra til ny innsikt og inspirasjon i forbindelse med diskusjon av funn i en studie (Malterud, 2017). Technology Acceptance Model er i denne sammenheng valgt som teoretisk rammeverk ettersom den egner seg for vurdering om en teknologi oppfattes som nyttig og brukervennlig, og som dermed kan bidra til at den tas i bruk (Davis, Bagozzi, & Warshaw, 1989). Videokonferanseteknologi er ikke ny teknologi, og brukes i økende grad i forbindelse med ytelse av helsetjenester (Li et al., 2021). For deltakerne i denne studien er det første gang de får tilbud om poliklinisk oppfølging ved bruk av videokonferanseteknologi fra spesialisthelsetjenesten. Technology Acceptance Model kan derfor anses som et passende rammeverk å benytte for teoretisk perspektiv i diskusjon av funnene i kapittel 6. I tillegg er begrepet digital kompetanse vurdert som relevant for denne studien, da en viss grad av digital kompetanse er en forutsetning for å kunne ta i bruk en teknologi (NOU 2019:2, 2019), og i denne sammenheng benytte en videoløsning i forbindelse med en videokonsultasjon.

3.1 Technology Acceptance Model

Technology Acceptance Model, TAM, er et teoretisk rammeverk rettet mot bruk av informasjonsteknologi, og har til hensikt å finne ut hvordan brukere aksepterer og tar i bruk ny teknologi (Davis et al., 1989). Modellen ble utviklet av Fred D. Davis og Richard P. Bagozzi på 1980-tallet. TAM bygger på Theory of reasoned action, TRA, som er en generell teori med hensikt å forklare menneskelige holdninger og atferd. TAM skiller seg fra TRA ved at den er mer spesifisert og omhandler teknologi. TAM ble opprinnelig utviklet for å forklare arbeidstakeres atferd rettet mot bruk av datamaskiner i organisasjoner (Davis et al., 1989). I dag benyttes rammeverket i ulike kontekster, og anses som et av de mest anvendbare rammeverkene for å undersøke pasienters oppfatninger og atferd knyttet til teknologi (Ahlan & Isma'eel, 2015). Det er økende bruk av TAM innen helse- og omsorgstjenesteforskning (Rahimi, Nadri, Lotfnezhad Afshar, & Timpka, 2018), blant annet ved bruk av teknologi til kronisk syke og pasienter med kols (Knox et al., 2020). Modellen er også videreutviklet til andre teorier som blant annet Unified theory of acceptance and use of technology, UTAUT (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003), og Health information technology acceptance model, HITAM (Kim & Park, 2012).

Når en ny teknologi skal tas i bruk spiller en rekke determinater inn for om teknologien faktisk vil bli brukt og hvordan den vil bli brukt. Om den er enkel å bruke handler ikke nødvendigvis om teknologien i seg selv, men om menneskers oppfatninger av teknologien. Det teoretiske grunnlaget i TAM bygger på faktorer som perceived usefulness, perceived ease of use, attitude toward use og behavioral intention of use, se figur 3-1. Perceived usefulness og perceived ease of use, heretter oversatt til henholdsvis oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet, betraktes som hovedfaktorer i rammeverket. Disse hovedfaktorene er relevante i forhold til bruksatferd i forbindelse med aksept av en teknologi (Davis et al., 1989).

Figur 3-1 Technology Acceptance Model (Davis et al., 1989)



Oppfattet nytte defineres som hvorvidt en potensiell bruker subjektivt oppfatter at en teknologi vil være nyttig å ta i bruk i en gitt kontekst. Oppfattet brukervennlighet sier noe om i hvilken grad en potensiell bruker forventer og oppfatter at teknologien er enkel å ta i bruk, og at det ikke krever en stor innsats å lære seg eller å ta den i bruk. Attitude toward using, her oversatt til holdning til bruk, handler om hvilke holdninger en potensiell bruker har til å bruke teknologien. Holdninger til bruk bestemmes ut fra en brukers oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet av teknologien. Hvorvidt en teknologi vil bli tatt i bruk eller ikke, avhenger av brukers behavioral intention to use, her oversatt til atferdsmessig intensjon å bruke. Samtidig avhenger atferdsmessig intensjon å bruke av holdninger til bruk og oppfattet nytte av teknologien (Davis et al., 1989). Oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet avhenger av eksterne variabler som blant annet kjønn, alder og tidligere erfaring. Oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet bidrar videre til å forme brukers holdninger til bruk av teknologien. Oppfattet brukervennlighet påvirker i tillegg oppfattet nytte,

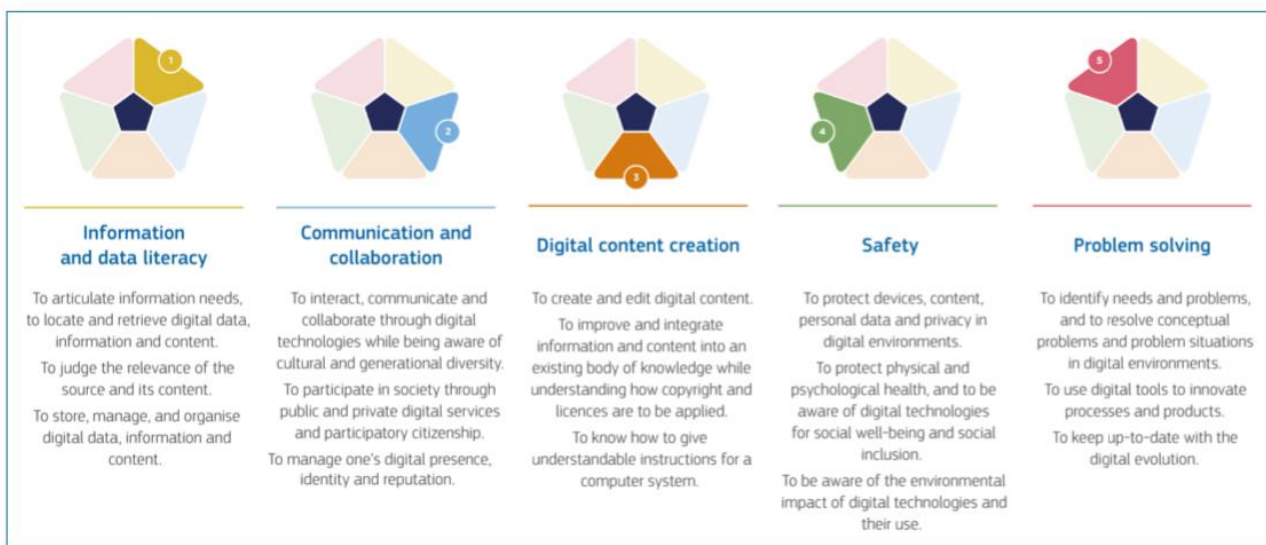
ettersom en teknologi som ikke oppfattes som brukervennlig kan ha negativ innvirkning på oppfattet nytte av teknologien. Holdninger til bruk sett i sammenheng med oppfattet nytte sier noe om i hvilken grad brukeren har en atferdsmessig intensjon å bruke teknologien. Oppsummert viser rammeverket at jo høyere opplevelse en person har av oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet, desto høyere vil graden av atferdsmessig intensjon å bruke teknologien være. Den faktiske bruken av teknologien avhenger derfor av graden av den atferdsmessige intensjonen å bruke teknologien (Davis et al., 1989).

3.2 Digital kompetanse og digitale ferdigheter

Digitaliseringen av helsetjenesten øker og stadig flere tjenestetilbud innebærer anvendelse av teknologi for helsepersonell og pasienter. Evne til å ta digitale helsetjenester i bruk kan ses i sammenheng med sosiodemografiske faktorer, så vel som kjønn, alder og sykdomsbilde. I en rapport fra 2019 om den norske befolkningens helsekompetanse, ble i tillegg befolkningens digitale kompetanse kartlagt. Rapporten viser at eldre personer over 65 år med lav utdanning og kroniske sykdommer har lavere digital kompetanse sammenliknet med andre grupper i befolkningen (Le, Finbråten, Pettersen, Joranger, & Guttersrud, 2021). Digital kompetanse er det norske begrepet for digital literacy og defineres som en kombinasjon av holdninger, erfaringer og ferdigheter en person har til å kunne kommunisere, anskaffe og håndtere digital informasjon. Det innebærer videre å være i stand til å forholde seg til digitale medier og digitale verktøy, samt å benytte seg av disse på en sikker, men samtidig kritisk måte (NOU 2019:2, 2019). Digitale ferdigheter handler om å kunne utføre digitale handlinger i praksis. Å ha grunnleggende digitale ferdigheter er en forutsetning for aktivt å kunne ta i bruk blant annet digitale helsetjenester (KS, 2018).

På bakgrunn av en undersøkelse gjort i en rekke land i EU og EØS, har EU utarbeidet en indikator for digital kompetanse, DigComp 2.2. Indikatoren måler digital kompetanse innenfor nøkkelområdene informasjon og datakompetanse, kommunikasjon og samarbeid, produksjon av digitalt innhold, sikkerhet og problemløsning, se figur 3-2. I hvert av de fem nøkkelområdene beskrives en rekke ulike kompetanser fordelt på erfaringer, ferdigheter og holdninger. Hvordan personer skårer på de ulike kompetansene innenfor hvert nøkkelområde, forteller noe om deres nivå av digital kompetanse (Vourikari, Kluzer, & Punie, 2022).

Figur 3-2 Nøkkelområder Digital kompetanse (Vourikari et al., 2022)



Innenfor nøkkelområdet kommunikasjon og samarbeid er det en rekke kompetanseområder som blant annet tar utgangspunkt i hvilken evne en har til å dele og være med på aktiviteter gjennom digitale plattformer og teknologi. Videre handler dette om hvorvidt man mestrer å benytte eksempelvis e-post, være med i sosiale nettverk, laste opp og dele innhold fra nettsider med andre og gjennomføre telefonsamtaler eller videosamtaler over nettverket. Innenfor kompetanseområdet som handler om å delta via digitale teknologier, er det ifølge rammeverket en grunnleggende digital ferdighet å kunne ta i bruk ulike videokonferanseteknologier, eksempelvis i forhold til å kunne starte en videokonferanse (Vourikari et al., 2022).

4 Design og metode

I dette kapittelet presenteres valg av design og metode for studien. Videre begrunnes bakgrunn og valg for flere steg i forskningsprosessen, henholdsvis utvalg, rekruttering, datainnsamling, transkripsjon og analyse (Malterud, 2017). Til slutt beskrives troverdighetskriterier i kvalitativ forskning og forskningsetiske overveielser.

4.1 Forskningsdesign

I denne studien er det benyttet et kvalitativt utforskende design for å belyse og besvare problemstillingen. Kvalitativ forskning har som formål å utforske menneskelige prosesser og forståelser, noe som gjøres ved at forskeren går i dybden av det som skal studeres (Leseth & Tellmann, 2018; Malterud, 2017).

4.2 Valg av metode

Hensikten med denne studien er å frembringe ny og relevant kunnskap om pasienter med kols sine erfaringer omkring videobasert poliklinisk oppfølging. På bakgrunn av dette og studiens problemstilling, falt valg av metode på en kvalitativ tilnærming. Formålet med å bruke kvalitativ metode er at sosiale fenomener forstås ut fra opplevelser og erfaringer enkeltpersoner selv henter fra deres livsverden og virkelighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er utført individuelle forskningsintervjuer, da denne datainnsamlingsmetoden egner seg godt til å innhente dybdekunnskap om erfaringer omkring et gitt tema (Leseth & Tellmann, 2018). Videre bygger denne studien på et fenomenologisk hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Fenomenologi handler om forståelse av menneskers erfaringer, fenomener, mens hermeneutikk innebærer fortolkning av fenomenene (Malterud, 2017). Ved en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming må nedskrevne erfaringer analyseres og tolkes før meningen med dem kan avdekkes. Forskeren må være bevisst sin egen forforståelse og sette denne til side så godt det lar seg gjøre, slik at fenomenene kan forstås på nye måter (Lindseth & Norberg, 2004).

4.3 Utvalg

For å ha et variert og rikholdig materiale om det fenomenet det forskes på, må det settes sammen et utvalg (Malterud, 2017). Utvalget i denne studien utgjør pasienter som har blitt diagnostisert

med sykdommen kols, og som har mottatt en eller flere videokonsultasjoner innen 30 dager etter utskrivelse fra en kolsrelatert sykehusinnleggelse.

For å sørge for at materialet som innhentes inneholder data om det aktuelle fenomenet det forskes på, er det nødvendig å utarbeide en utvalgsstrategi (Malterud, 2017). På bakgrunn av studiens problemstilling var det nødvendig å inkludere informanter som kunne gi bred og relevant kunnskap omkring temaet (Malterud, 2011). At informantene hadde diagnosen kols var derfor avgjørende for studien. Videre var det nødvendig at informantene hadde mottatt minst én videokonsultasjon etter en kolsrelatert sykehusinnleggelse, da det var denne erfaringen som skulle beskrives nærmere. Det var essensielt for studien at den eller de videokonsultasjonene pasienten mottok, hadde funnet sted i løpet av 30 dager etter utskrivelse fra sykehuset. Begrunnelsen for dette valget var at reinnleggelse forekommer mellom åtte timer og 30 dager etter utskrivelse fra sykehus (Folkehelseinstituttet, 2020), og det er erfaringer med videokonsultasjoner innenfor denne tidsrammen det er interessant å innhente data om. Kriterier for inkludering og ekskludering av deltakere til denne studien er oppnevnt i tabell 4-1.

Tabell 4-1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Diagnostisert med kols	Ingen erfaring med videokonsultasjon
Mottatt videokonsultasjon innen 30 dager etter utskrivelse fra kolsrelatert sykehusinnleggelse	

Kvalitative studier bygger som regel på empirisk data fra et mindre antall informanter, og et utvalg som gir god og utfyllende informasjon er derfor nødvendig (Malterud, 2017). I denne studien skulle det tilstrebes å intervju fem informanter. Bakgrunnen for dette valget var at data fra fem informanter ble antatt å kunne generere et oversiktlig, men samtidig tilstrekkelig rikt materiale som ville muliggjøre en dypere analyse (Malterud, 2017). I tillegg ble det vurdert at innhenting av data fra fem informanter var sannsynlig å få gjennomført innenfor tidsrammen for et et mastergradsprosjekt. Det viste seg imidlertid å bli noen utfordringer med rekruttering av deltakere til denne studien, og utvalget bestod derfor til slutt av fire informanter. Rekrutteringsutfordringene utdypes nærmere i kapittel 4.4.

Det endelige utvalget i denne studien bestod av fire deltakere som har blitt diagnostisert med kols, se tabell 4-2. Av disse deltakerne var to kvinner og to menn, med varierende alder tilhørende aldersgrupper fra 50-79 år. Alle fire deltakerne hadde mottatt én videokonsultasjon fra spesialisthelsetjenesten i løpet av 30 dager etter at de ble utskrevet fra det aktuelle sykehuset. For å ivareta anonymisering av deltakerne gis de fiktive navn i denne oppgaven, henholdsvis Marit, Roar, Hans og Wenche.

Tabell 4-2 Oppsummering av utvalg

Deltaker	Alder	Kjønn	GOLD-grad	Kolsrelaterte innleggelser siste år	Kolsrelaterte reinnleggelser siste år	Videokonsultasjoner etter aktuell innleggelse
Marit	60-69	Kvinne	III	4	7	1
Roar	70-79	Mann	II	2	0	1
Hans	70-79	Mann	III	2	6	1
Wenche	50-59	Kvinne	IV	1	0	1

4.4 Rekruttering

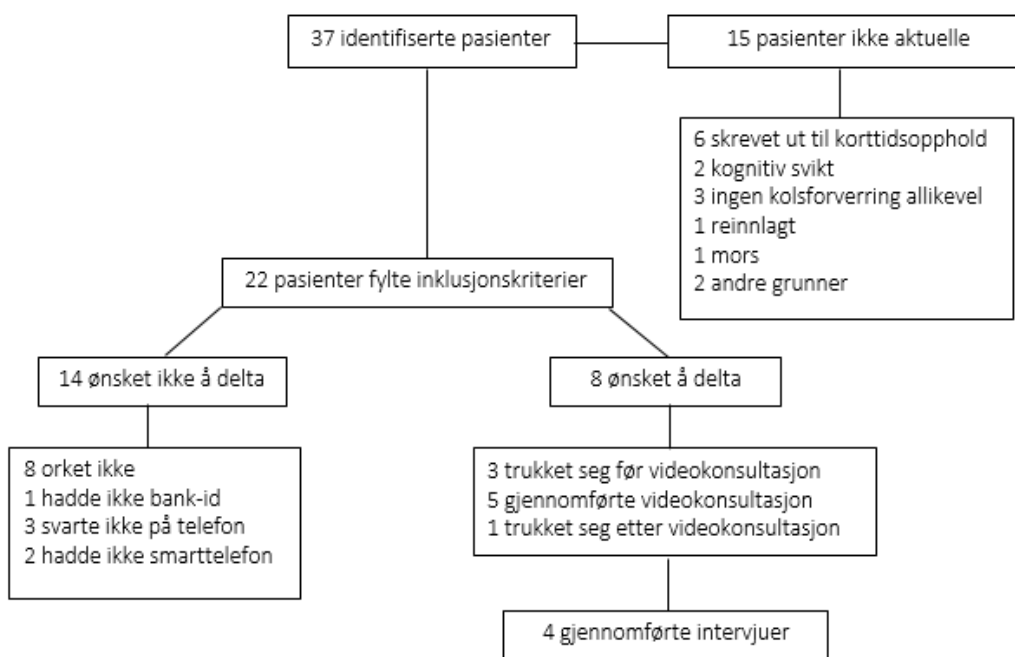
Lungemedisinsk poliklinikk, herunder ambulerende lungeteam på det aktuelle sykehuset, bistod med rekruttering av samtlige deltakere til denne studien. Det ble før rekrutteringen holdt et møte med avdelingsleder og sykepleierne i ambulerende lungeteam, hvor det blant annet ble gitt en gjennomgang av studiens hensikt, problemstilling og rekrutteringsstrategi. Informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet som skulle brukes i forbindelse med rekruttering ble også gjennomgått.

Rekrutteringen foregikk ved at inneliggende pasienter eller pasienter som nylig var utskrevet, og som passet med inklusjonskriteriene, fikk forespørsel fra en av sykepleierne om delta i studien. Forespørselen ble gitt enten ved fysisk samtale med pasienten på inneliggende avdeling på sykehuset eller over telefon etter utskrivelse. Pasienten fikk utdelt informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet av sykepleierne, som deretter gjennomgikk skrivet sammen med pasienten. For å opprettholde taushetsplikten deltok jeg hverken i diskusjon om utvelgelse av aktuelle kandidater eller i selve rekrutteringen av deltakere. Hver gang en deltaker ble rekruttert avtalte sykepleier tidspunkt for gjennomføring av videokonsultasjon. Det var den samme sykepleieren i ambulerende

lungeteam som utførte samtlige videokonsultasjoner. Etter at videokonsultasjonen var gjennomført, ble kontaktinformasjon om deltakeren gitt muntlig til meg av sykepleieren. Jeg tok deretter kontakt med deltakeren over telefon for å gi ytterligere informasjon om studien, og for å avtale sted og tidspunkt for intervju. Signert samtykkeskriv ble overlevert meg av deltakeren selv før intervjuets oppstart.

Det har vært utfordrende å rekruttere deltakere til denne studien. Av de som fylte inklusjonskriteriene var det få som ønsket å delta, se figur 4-1. Hovedårsak til dette var at mange var slitne etter sykehusoppholdet og kolsforverringen. I tillegg var det flere som ikke svarte på telefon da sykepleierne ringte, og noen hadde ikke smarttelefon eller annen enhet for å kunne motta videokonsultasjon. Ved ett tilfelle hadde ikke pasienten BankID, noe den aktuelle videoløsningen krever i forbindelse med innlogging. I tillegg til utfordringer med inkludering av deltakere var det svært hektisk for sykepleierne i ambulerende lungeteam på grunn av Covid-19-situasjonen, noe som bidro til forsinkelser i rekrutteringen. På grunn av ovennevnte utfordringer med rekruttering ble det store forskyvninger i tidsplanen og det ble derfor besluttet i samråd med veileder å stoppe datainnsamlingen etter fire intervjuer. Rekrutteringsprosessen varte fra september 2021 til mai 2022.

Figur 4-1 Oversikt rekruttering



4.5 Datainnsamling

Metoden som er valgt for å samle inn data i forbindelse med denne studien er semistrukturerte individuelle intervjuer. Et semistrukturert intervju gir forskeren en viss grad av frihet til å bestemme spørsmålenes rekkefølge, i motsetning til et strukturert intervju. Dette kan bidra til økt spontanitet og nysgjerrighet under intervjuet, som igjen kan føre til at nye temaer og uventede svar oppstår (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å benytte individuelle intervjuer gis informanten tid og spillerom til å utdype sine erfaringer (Malterud, 2017).

Ved semistrukturerte individuelle intervjuer benyttes en intervjuguide med forhåndsformulerte spørsmål (Leseth & Tellmann, 2018; Malterud, 2017). Det ble i denne sammenheng utarbeidet en intervjuguide, se vedlegg 2. Som et ledd i utarbeidelsen av intervjuguiden ble flere kolleger testintervjuet. Dette viste seg å være konstruktivt, da flere av spørsmålene var noe uklare og vanskelige å forstå eller besvare for testpersonene. Spørsmålene i intervjuguiden ble til slutt mer gjennomtenkte og formulert så åpent som mulig for å få optimalt med informasjon fra informanten. Intervjuguiden inneholdt til sammen 33 spørsmål fordelt på fire temaer, henholdsvis temaene bakgrunn, helsesituasjon, oppfølging og videokonsultasjon. I temaene helsesituasjon og oppfølging i intervjuguiden ble informantene blant annet stilt spørsmål om hvordan de erfarte å ha kols, om de opplevde å være avhengig av helsetjenesten for å mestre egen sykdom, tidligere oppfølgingstilbud og oppfølgingstilbud etter den aktuelle sykehusinnleggelsen. Disse spørsmålene omhandlet ikke problemsstillingen direkte, men ble bevisst tatt med som en del av strategien for å få informantens perspektiv på egen helsesituasjon og oppfølging, og samtidig belyse den komplekse konteksten rundt denne pasientgruppen.

Tre intervjuer ble etter informantens ønske gjennomført i deres eget hjem, mens ett intervju ble gjennomført på et kontor på det aktuelle sykehuset. Møtene med samtlige informanter startet med løs prat, etterfulgt av blant annet oppsummering av studiens hensikt, problemstilling og deres rettigheter. Deretter ble det informert om hvordan selve intervjuet skulle foregå. Under intervjuene ble det gjort lydopptak med bruk av diktafon tilhørende Universitetet i Sørøst-Norge, samt at det ble gjort et reserveopptak med USN Safe sin opptaksfunksjon (Universitetet i Sørøst-Norge, 2022). Ettersom utfordringer med rekruttering førte til forskyvninger i tidsplanen, ble alle fire intervjuene gjennomført i perioden februar til mai 2022. Alle møtene varte fra 45 til 90 minutter, mens selve intervjuene varte fra 20 minutter til litt over 60 minutter. Spørsmålene i intervjuguiden virket å

være tydelige og enkle å forstå for informantene. Ingen av dem ga uttrykk for at det var for mange spørsmål eller at de hadde behov for en pause.

4.6 Transkribering

Det anbefales at transkripsjonen gjøres fortløpende etter endt intervju for å ha så ferske data som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Samtlige lydopptak fra intervjuer i denne studien ble derfor transkribert samme dag eller dagen etter at intervjuet fant sted. Alle transkriberingene ble utført av meg selv og det ble anonymisert direkte i transkripsjonen. All lyd som kom frem i intervjuet ble gjort om til tekst, inkludert verbale lyder som «mhm» og «eh» og latter. Av råmaterialet ble det transkribert totalt 54 sider tekst.

Ved å transkribere og lese disse gjentatte ganger, ble jeg bevisst på min intervjustil og på mine svakheter som fersk intervjuer. Jeg la for eksempel merke til at under det første intervjuet avbrøt jeg flere ganger mens informanten snakket og brukte ofte verbale lyder som «mhm» for å bekrefte at jeg hadde forstått svaret i stedet for å nikke lydløst. Ved at transkriberingene ble gjort fortløpende fikk jeg mulighet til å forbedre intervjustilen til neste intervju. Jeg ble videre oppmerksom på spørsmålsformuleringer som ikke ga nok utfyllende svar, og hvor det ble behov for å stille bedre oppfølgingsspørsmål. Dette bidro til en viss grad av utvikling i min intervjuteknikk etter hvert som intervjuene ble gjennomført.

4.7 Analyse

Analyse er en dynamisk prosess hvor vi stadig vurderer dataene, og god struktur og systematikk er derfor nødvendig. Malterud anbefaler at analysen gjøres trinnvis da dette kan bidra til større grad av fleksibilitet og fokus (Malterud, 2017). I denne studien ble systematisk tekstkondensering benyttet som analysemetode. Bakgrunnen for dette valget er at systematisk tekstkondensering er velegnet for tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2011). Videre gir metoden en systematisk og god innføring i gjennomføring av analyseprosessen, og egner seg derfor godt for nybegynnere (Malterud, 2017). Ved systematisk tekstkondensering dekontekstualiseres og rekontekstualiseres datamaterialet, noe som bidrar til å skape ny kunnskap. Å dekontekstualisere innebærer å ta ut deler av stoffet for å kikke nærmere på det i sammenheng med andre elementer av datamaterialet som forteller noe om det samme. Å rekontekstualisere innebærer å begrense at

datamaterialet deles inn i for små elementer, såkalt reduksjonisme, og sørge for at referansen det dekontekstualiserte materialet er sett i sammenheng med fremdeles er forsvarlig (Malterud, 2017).

4.7.1 Analyseprosess

Ved systematisk tekstkondensering gjennomføres analyseprosessen i fire trinn, henholdsvis få et helhetsinntrykk, identifisere meningsbærende enheter, abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og til slutt sammenfatte betydningen av disse (Malterud, 2017). Analysearbeidet ble gjennomført i Microsoft Word ved hjelp av tabeller og fargekoding.

Det første trinnet i analysen handler om å skape et helhetsinntrykk over materialet. Det ble i denne studien gjort ved at materialet ble hørt på og lest gjennom flere ganger. Deretter ble materialet reflektert over og foreløpige temaer ble identifisert i stikkordsform. Det ble i dette trinnet forsøkt å legge vekk forforståelsen og se materialet fra et fugleperspektiv. Videre ble de foreløpige temaene sortert og hvert tema fikk tildelt sin unike fargekode.

Det andre trinnet dreier seg om å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er deler av teksten som er kunnskapsbærende for temaene fra forrige analysetrinn, og som er relevant for problemstillingen (Malterud, 2017). Her ble materialet lest gjennom enda en gang og de meningsbærende enhetene i transkripsjonene ble identifisert ved å lese linje for linje. I dette trinnet skal tekst som ikke bærer med seg mening for problemstillingen skilles ut, og det ble i denne sammenheng vurdert at temaene som omhandlet å leve med kols og egenmestring nevnt i kapittel 4.5, ikke skulle tas med videre i analyseprosessen. Videre ble relevant tekst kodet med farge ut fra hvilket tema de tilhørte. Koding handler i denne sammenheng om å systematisere de meningsbærende enhetene i teksten ved å identifisere, klassifisere og sortere dem (Malterud, 2012). De meningsbærende enhetene ble derfor sortert i kodegrupper som bygget på temaene fra første trinn. Her var det igjen viktig å bevisst forsøke å legge vekke forforståelsen, fokusere på hva informanten faktisk forsøkte å fortelle og ikke bare kopiere temaene fra forrige trinn. Hver kodegruppe ble gitt et navn som var passende for hva innholdet reflekterte (Malterud, 2017), eksempelvis koden manglende oppfølging. Flere av kodegruppene var uoversiktlige og behovet for å lage subgrupper ble vurdert, men lagt til side. Årsaken til dette var at Malterud anbefaler å vente med å opprette subgrupper til tredje analysetrinn for å unngå å miste oversikten over kodeprosessen (Malterud, 2017).

Det tredje trinnet innebærer å abstrahere innholdet i meningsbærende enheter. Abstraksjon vil si at deler av teksten som omhandler de samme fenomenene sammenfattes til en gruppe (Malterud, 2017). Som nevnt i det andre analysetrinnet var flere av kodegruppene uoversiktlige og hver kodegruppe ble derfor her sortert inn i flere subgrupper. Videre ble innholdet i de meningsbærende enhetene i subgruppene redusert til et kondensat, et kunstig sitat. Kondensatet har til hensikt å omsette de meningsbærende enhetene til en mer vanlig form, samtidig som det fortsatt bærer med seg det konkrete innholdet (Malterud, 2017). I dette trinnet ble det flere steder synlig at noe av innholdet i subgruppene og kodegruppene måtte flyttes på eller justeres. Tilslutt ble et autentisk sitat, et såkalt gullsitat, identifisert. Gullsitatet har til hensikt å illustrerte innholdet i kondensatet best mulig (Malterud, 2012).

Det siste og fjerde trinnet omhandler å rekontekstualisere, altså sette sammen delene av teksten igjen. Først ble kunnskapen fra hver kodegruppe og subgruppe syntetisert. Å syntetisere innebærer å sammenfatte enkeltdelene om til helhet (Malterud, 2017). Ved hjelp av kondensatene fra hver subgruppe i kodegruppene, ble det laget avsnitt med analytisk tekst i tredjeperson som inneholdt det mest sentrale innholdet. Gullsitatene ble tatt med i avsnittene for å illustrere og konkretisere hovedfunnene. Etter at den analytiske teksten var skrevet, ble det vurdert om gullsitatene fortsatt var passende for innholdet eller om de skulle fjernes. Deretter ble det laget overskrifter som oppsummerte innholdet i de ulike avsnittene, dette var de endelige resultatkategoriene og underkategoriene. Et utdrag av analyseprosessen vises i tabell 4-3.

Resultatkapittet er ikke ferdig før det er vurdert opp mot empiri og teori (Malterud, 2012). Helt til slutt i analyseprosessen fjerde trinn ble funnenes validitet vurdert ved å se den analytiske teksten i sammenheng med det opprinnelige materialet. De fullstendige transkripsjonene ble derfor lest gjennom enda en gang, og det ble konkludert med at den analytiske teksten og gullsitatene reflekterte den opprinnelige konteksten på riktig måte. Deretter ble funnene vurdert opp mot eksisterende forskningslitteratur på emnet, på bakgrunn av litteratursøket beskrevet i kapittel 2.5.1. Det var i den forbindelse ikke grunnlag for å si at det var gjort noen liknende tolkninger tidligere.

Tabell 4-3 Utdrag analyseprosess

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Meningsbærende enhet	«Jeg syns det var vanskelig for jeg er som sagt en kløne. Jeg fikk jo hjelp av det telefonnummeret jeg skulle ringe og geleide meg gjennom. Og plutselig så dukka ho opp»	«Nei, for jeg logga meg på og så der var ho»	«Jeg var ikke stressa, men jeg satt jo og ... tar de kommandoen eller skal jeg gjøre det? Men når klokka var ett på halv så gikk jeg inn på den linken og da stod det «bank på». Og da trykka jeg på den og så var sykepleieren i andre enden med en gang»	«Jeg fikk jo info både på Helsenorge og sms og på mail, jeg da (...) Jeg blei jo litt i tvil når jeg skulle logge meg inn (...) Det var to linker, ja. Forskjellige, så hun hadde logga seg på den siste hun hadde sendt, men jeg fikk jo tre sms. Det gikk veldig fint da, når vi var på samme link jeg og henne. Det var enkelt og greit syns jeg»
Kodegruppe	Teknisk gjennomføring av videokonsultasjon			
Subgruppe	Innlogging			
Kondensat	Jeg syns det var vanskelig å logge meg inn, for jeg er som sagt ei kløne. Jeg fikk det ikke til og måtte til slutt ringe support for hjelp. De geleidet meg gjennom og plutselig dukket sykepleieren opp	Jeg logget meg på og plutselig var sykepleieren der	Jeg var usikker på om jeg skulle vente på at noe skjedde eller om jeg skulle trykke på lenken i tekstmeldingen. Ett minutt før tiden trykket jeg på lenken og da stod det «bank på». Jeg banket på og da dukket sykepleieren opp på skjermen med en gang	Jeg fikk informasjon på Helsenorge, sms og e-post. Jeg fikk til sammen tre sms'er og to av dem hadde samme lenke. Jeg ble usikker på hvilken lenke jeg skulle bruke, men valgte til slutt den jeg hadde fått to av. Så ble jeg oppringt av sykepleieren, hun hadde logget seg på den andre lenken. Da vi først var inne på samme lenke, gikk det veldig fint. Det var enkelt og greit, syns jeg
Resultatkategori	Forberedelse til og gjennomføring av videokonsultasjon			
Underkategori	Utfordringer med innlogging, men god kvalitet på videoløsning			

4.8 Troverdighet i kvalitativ forskning

En forskningsstudies troverdighet vurderes ut fra om resultatene er gyldige, pålitelige og overførbare (Drageset & Ellingsen, 2011). Pålitelighet handler om å ha utført forskningen på en måte slik at resultatene kan gjenskapes hver gang ved å følge den samme metoden (Malterud, 2017). Gyldighet, også omtalt som studiens validitet, handler om hvorvidt datamaterialet er gyldig i forhold til hva som skulle undersøkes og hvilke slutninger som kan trekkes utfra det innsamlede datamaterialet (Leseth & Tellmann, 2018). Vurdering av studiens interne validitet kan fortelle om det er samsvar mellom studiens hensikt og det som faktisk ble undersøkt. Videre kan den eksterne validiteten fortelle noe om hvilken overførbarhet funnene i studien har til andre kontekster (Malterud, 2017). Om funnene i studien er overførbare, avhenger først og fremst av om de vurderes å være pålitelige og gyldige (Leseth & Tellmann, 2018). Overførbarhet betyr i denne sammenheng om funnene kan bidra til ny og nyttig innsikt i andre sammenhenger enn den opprinnelige (Malterud, 2017). Troverdighet i forbindelse med denne studien diskuteres nærmere i kapittel 6.

4.8.1 Forskerrollen

Uavhengig av forskningsmetode, påvirker blant annet forskerens personlige erfaringer og ståsted fasene i forskningsprosessen og resultatene av denne (Malterud, 2017). I kvalitative forskningsprosjekter har forskeren vanligvis kunnskap om det aktuelle temaet det forskes på (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019). Forskeren bør derfor redegjøre for sin egen rolle på en gjennomsiktig måte, og forklare hvordan fasene i forskningsprosessen kan ha blitt påvirket av denne rollen (Leseth & Tellmann, 2018). Forforståelse er blant annet viktig i denne sammenheng, og handler om hvilke erfaringer, holdninger og ulike perspektiver vi har fra før. Forforståelser kan på mange måter gi næring til et forskningsprosjekt, samtidig som de kan bidra til begrensninger (Malterud, 2011). Forskerrollen diskuteres nærmere i kapittel 6.

4.9 Forskningsetiske overveielser

I kvalitativ forskning utforskes ofte sensitive og personlige erfaringer, som blant annet helse og sykdom. Det stilles dermed strenge krav til personvern (Malterud, 2017).

4.9.1 Informert samtykke

I medisinsk og helsefaglig forskning kreves det samtykke fra deltakere (Helseforskningsloven, 2008). Før datainnsamling av persondata kan starte, må det derfor innhentes informert samtykke fra deltakerne (Leseth & Tellmann, 2018). I den forbindelse ble det utformet et informasjonsskriv og samtykkeskjema som ble videreformidlet til deltakerne av sykepleierne ved rekruttering, vedlegg 1. I informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet var formålet med studien tydelig beskrevet, i tillegg til hva deltakelse ville innebære med tanke på blant annet personvern. Det ble også her informert om studiens frivillige deltakelse, og at samtykket på hvilket som helst tidspunkt kunne trekkes tilbake uten videre begrunnelse eller uten å føre til negative konsekvenser. De signerte samtykkeskjemaene blir oppbevart innelåst i en skuff på et adskilt kontor på det aktuelle sykehuset. Her blir også kodelisten med navn og telefonnummer på deltakerne oppbevart og det er kun jeg som har nøkkel til skuffen. Samtlige samtykkeskjemaer og kodelisten vil bli makulert når denne oppgaven er godkjent.

4.9.2 Formelle godkjenninger

Alle forskningsprosjekt som behandler personopplysninger skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD (Norsk senter for forskningsdata, 2021). En personopplysning er definert som enhver opplysning som kan bidra til å identifisere en person, eksempelvis navn eller fødselsnummer (Personvernloven, 2018). Behandling av personopplysninger innebærer alle handlinger som utføres med personopplysninger, eksempelvis registrering og lagring av disse (Personvernloven, 2018). Det er videre nødvendig å avklare om et forskningsprosjekt må godkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, før oppstart (Leseth & Tellmann, 2018; Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2021). Dreier det seg om et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt kreves godkjenning fra REK. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet der vitenskapelig metode ligger til grunn for å avdekke ny kunnskap om sykdom og helse (Helseforskningsloven, 2008). Hensikten med denne studien er å utforske hvilke erfaringer pasienter har med bruk av videokonsultasjon, i tillegg til å bidra til kvalitetssikring og optimalisering av denne tjenesten. Etersom det ikke skal fremlegges ny kunnskap om sykdom eller helse i forbindelse med denne studien, ble det vurdert at godkjenning fra REK ikke var nødvendig. Godkjenning fra NSD og personvernombudet på det aktuelle sykehuset var derimot en forutsetning for å starte innhenting av persondata i forbindelse med denne studien. I løpet av august 2021 hadde henholdsvis NSD og sykehusets personvernombud godkjent studien.

4.9.1 Lagring av data

Alle data og personopplysninger ble lagret i henhold til retningslinjer fra NSD og personvernombudet på det aktuelle sykehuset. Det ble opprettet et sikkert lagringsområde på sykehusets forskningsserver hvor lydfiler og transkripsjoner ble lagret. Dataene ble anonymisert direkte i transkripsjonene, men også gjennomgått for aidentifisering før de ble kryptert og overflyttet til USN Safe remote desktop, Universitetet i Sørøst-Norge sitt sikre lagringsområde for røde data (Universitetet i Sørøst-Norge, 2022).

4.9.2 Dataminimering

I Personvernloven heter det at personopplysninger som innhentes skal være begrensede, relevante og adekvate i henhold til formålet de behandles for, såkalt dataminimering (Personvernloven, 2018). Prinsippet om dataminimering har vært nødvendig å huske på og hente frem gjennom hele forskningsprosessen, spesielt i forbindelse med utforming av intervjuguide. Dette fordi det var utfordrende å ikke innhente mer data enn det som var relevant for å besvare problemstillingen.

5 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene av analysen i form av tre resultat kategorier med underkategorier, se tabell 5-1. Resultatkategoriene beskriver informantenes erfaringer med poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og hvordan de erfarer å få videokonsultasjon etter utskrivelse fra sykehus.

Tabell 5-1 Resultatkategorier og underkategorier

Resultatkategori	Underkategori
Poliklinisk oppfølging fra sykehus	Ønsker mer oppfølging etter sykehusinnleggelse
Forberedelse til og gjennomføring av videokonsultasjon	Variierende digitale ferdigheter
	Tilstrekkelig informasjon før videokonsultasjon
	Ivaretagelse av personvernet
	Utfordringer med innlogging, men god kvalitet på videoløsning
	Første møte over video
	God totalopplevelse av videokonsultasjon
Videokonsultasjon som tjenestetilbud	Fordeler og ulemper med videokonsultasjon
	Ønsker flere videokonsultasjoner

5.1 Poliklinisk oppfølging fra sykehus

I denne kategorien har informantene beskrevet hvilke polikliniske oppfølgingstilbud de har fått tidligere og etter den aktuelle sykehusinnleggelsen, samt deres behov og ønsker for poliklinisk oppfølging.

5.1.1 Ønsker mer oppfølging etter sykehusinnleggelse

Samtlige informanter fortalte at de ikke fikk tilbud om planlagt oppfølging fra sykehuset direkte etter den aktuelle sykehusinnleggelsen. Flere av dem sa videre at de skulle ønske de fikk mer oppfølging etter at de ble skrevet ut fra sykehuset. Informanten Roar fortalte at han ikke hadde fått noe oppfølging etter utskrivelsen fra sykehuset, utenom innkallelse til CT-skanning av lungene. Han syntes det var for dårlig å ikke få mer oppfølging, og han følte at han ble stående veldig alene med

sykdommen. Videre fortalte han at han ønsket seg et lungerehabiliteringsopphold slik at han kunne få ordentlig opptrening og veiledning for å mestre sykdommen best mulig. Ifølge Roar mente sykehuset at han ikke var dårlig nok til å komme på et slikt lungerehabiliteringsopphold. Han fortalte at han i stedet fikk tilbud om trening på et sykehjem i kommunal regi. Roar uttrykte sitt ønske og behov for mer oppfølging på denne måten: *«Det eneste som jeg har spurt om det er altså å få en skikkelig opptrening. Men for å komme på sånn som kommunen nå hadde her, sånt tilbud til meg, så kom jeg på et aldershjem»*. Dette takket han imidlertid nei til, da han ikke følte seg så dårlig. Wenche sa hun også hadde fått time til CT-skanning av lungene, men at det var ingen annen planlagt oppfølging etter sykehusinnleggelsen. Hun syntes derfor det var fint at sykepleieren ringte henne i forbindelse med denne studien, da hun opplevde det som godt at noen tok kontakt med henne etter at hun hadde vært lagt inn på sykehuset. Hans fortalte at han ikke fikk noe oppfølgingstilbud fra sykehuset rett etter utskrivelsen, bortsett fra å få videokonsultasjon i forbindelse med denne studien. Han fortalte derimot at han fikk plass på et lungerehabiliteringssykehus to uker etter at han ble skrevet ut fra sykehuset, noe han var veldig fornøyd med. Informanten Marit fortalte at hun hadde fått innkalling til poliklinisk undersøkelse på lungepoliklinikken flere uker etter utskrivelsen. Med tanke på oppfølgingstilbud etter utskrivelse fra sykehus, hadde Marit den oppfatningen at sykehuset kun tar kontakt når det er på tide med neste kontroll, og at hun tror det bare er slik det er. Hun syntes det er greit å komme inn på poliklinikken for kontroll og blant annet ta pustepøver, for da får hun vite hvordan hun ligger an i forhold til sin helsesituasjon. Selv om Marit hadde fått innkallelse til poliklinisk undersøkelse på lungepoliklinikken, kunne hun tenke seg mer oppfølging fra sykehuset og uttrykte det slik: *«Det hadde vært greit å få litt hyppigere oppfølging»*. Hun fortalte at hennes ønske om mer oppfølging var en av grunnene til at hun ville prøve videokonsultasjon i forbindelse med denne studien, fordi hun da fikk høre hva sykehuset kunne tilby henne av oppfølging.

To av informantene, Hans og Wenche, fortalte at de regelmessig følges opp av ambulerende lungeteam tilknyttet lungepoliklinikken på det aktuelle sykehuset. Ambulerende lungeteam følger dem opp, uavhengig om de har vært innlagt på sykehus eller ikke. Hans sa det var fint å bli fulgt opp av ambulerende lungeteam. I tillegg til at han syntes sykepleierne var hyggelige, tilbød de seg alltid å komme på hjemmebesøk. Han fortalte videre at han en gang ble lagt inn på sykehus etter at en av sykepleierne fra ambulerende lungeteam observerte forverring i sykdomstilstanden hans under et hjemmebesøk. Hans beskrev episoden slik: *«Men hun så jo det at jeg var fryktelig dårlig i pusten, så*

hun ringte jo legen da. Så kom det en bil og henta meg klokka tolv». Wenche fortalte at hun flyttet til en kommune tilhørende det aktuelle sykehuset for noen år siden, og at det ambulerende lungeteamet da plutselig tok kontakt med henne etter en konsultasjon på sykehuset. Hun sa videre at hun er fornøyd med denne oppfølgingen og hvordan det hele fungerer. Hun fortalte at det var fint å ha en fast person å snakke med som er helsepersonell.

5.2 Forberedelse til og gjennomføring av videokonsultasjon

I denne kategorien forteller informantene om deres tidligere erfaring med videokonsultasjon og beskriver deres digitale erfaringer. De beskriver videre blant annet hvilken informasjon de fikk i forkant og hvordan gjennomføringen av videokonsultasjonen gikk, med tanke på det tekniske aspektet og den totale opplevelsen av videokonsultasjonen.

5.2.1 Varierende digitale ferdigheter

Under videokonsultasjonen benyttet Roar, Hans og Wenche sine private mobiltelefoner i videokommunikasjonen med sykepleieren, mens Marit benyttet sin private pc. Marit fortalte at hun klarer å lese avisen og betale regninger på pc, men at hun bortsett fra det opplever seg selv som en «*kløne på data*». De tre informantene som brukte mobiltelefon under videokonsultasjonen fortalte at de har god erfaring med bruk av mobiltelefon, nettbrett og pc. Roar sa at han bruker mobiltelefonen sin til «*alt mulig*» og at han derfor har god erfaring med den. Hans fortalte at han har både mobiltelefon og pc, men at han nesten bare bruker mobiltelefonen. Han bruker mobiltelefonen til å snakke med barn, barnebarn og til å være på sosiale medier som Facebook. Under innleggelse på sykehuset bruker Hans i tillegg mobiltelefonen til å se på serier og filmer. Wenche fortalte at hun har hatt nettbrett og mobiltelefon i mange år og at hun bruker det til å lese e-post, google og å være på sosiale medier som Instagram, Facebook og Snapchat. Hun sa videre at på grunn av Covid-19-pandemien har hun vært mye på Facetime og andre videochat-tjenester for å møte andre mennesker. Hun sa at ettersom hun har bra erfaring med data og at det ikke er ukjent for henne, har hun høye forventninger til teknologien og at den fungerer. Hun sa videre at hun i forbindelse med videokonsultasjonen hadde blitt mer overrasket om noe streiket enn om det ikke streiket. Marit, Roar og Hans hadde ingen erfaring med videokonsultasjon tidligere, hverken fra spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Wenche derimot, fortalte at hun hadde hatt to videokonsultasjoner over Skype med sin tidligere fastlege.

5.2.2 Tilstrekkelig informasjon før videokonsultasjon

Alle informantene fortalte at de fikk muntlig og skriftlig informasjon av sykepleieren før videokonsultasjonen. Wenche sa hun ble oppringt av sykepleieren bare noen dager etter at hun hadde kommet hjem fra sykehuset. Da fikk hun informasjon om hva som skulle skje og hvordan hun skulle logge seg inn på videoløsningen. Marit sa at hun fikk informasjon om hva de skulle snakke om i videokonsultasjonen. Marit og sykepleieren gikk også gjennom hvordan hun skulle logge seg inn på videoløsningen, noe hun opplevde som vanskelig. Hun uttrykte seg slik i forbindelse med dette: *«Jeg synes det var vanskelig for jeg er som sagt en kløne»*. Roar fortalte at han i tillegg til muntlig informasjon på telefon også fikk skriftlig informasjon om hva han skulle gjøre og hva som skulle til for å få det til å fungere, noe han opplevde som veldig fint: *«Hun prata om hva som skulle skje og hva det gikk ut på og sånn»*.

5.2.3 Ivaretagelse av personvernet

Roar, Hans og Wenche sa de hadde full tillit til at sykehuset ivaretok deres personvern og at videoløsningen som ble benyttet var en trygg løsning. Marit derimot, fortalte at hun ikke hadde full tillit til videoløsningen og at hun ikke stolte helt på at hennes personvern var ivaretatt av sykehuset. Hun begrunnet dette med følgende utsagn: *«Det er vel ikke helt ivaretatt for personnummeret mitt blir jo klistra på alle lapper og medisinalister og, ja, og det kan jo komme på avveie»*. Hun fortalte at hun ikke opplevde selve videoløsningen som utrygg, men at hun likevel ikke stolte hundre prosent på den. Wenche sa at hun egentlig ikke var så opptatt av personvern, men at hun hadde tillit til sykehuset i forhold til ivaretagelse av personvernet. Hun fortalte at hun også var klar over at overalt hvor det er personopplysninger er det en risiko for at de kan bli stjålet eller hacket. I forhold til videoløsningen var det innlogging via BankID, noe som hun sa hun var godt vant til fra nettbank, Helsenorger, Digipost og så videre. Wenche sa følgende om hvorfor hun hadde tillit til videoløsningen: *«Det var jo sånn med BankID og sånn, så jeg følte jo at det var en trygg måte og logge seg inn på og en kjent måte sånn i forbindelse med at man er vant til det»*. Hans sa han følte seg trygg på at sykehuset ivaretar hans personvern, mens Roar sa han tenkte mye på personvern og at det ble godt ivaretatt av sykehuset i forbindelse med videokonsultasjonen.

5.2.4 Utfordringer med innlogging, men god kvalitet på videoløsning

Marit syntes det var vanskelig å logge seg inn på videoløsningen og beskrev det slik: *«Og så fikk jeg det ikke til. Så fikk jeg et telefonnummer jeg skulle ringe og de hjalp meg gjennom»*. Etter å ha

forsøkt å logge seg inn flere ganger, fortalte Marit at hun måtte ringe supporttelefonen for hjelp. Hun fikk da hjelp til å logge seg inn og hun sa at sykepleieren da plutselig dukket opp på skjermen hennes. Roar fortalte at det gikk fint å logge seg på videoløsningen og at sykepleieren plutselig var der. Hans og Wenche syntes ikke det var vanskelig å logge seg på, men de opplevde begge noe usikkerhet i forbindelse med innloggingen. Hans fortalte at han var usikker på om han skulle vente på at noe skjedde, eller om det var han som skulle ta initiativet og trykke på lenken i tekstmeldingen. Ett minutt før det avtalte tidspunktet for videokonsultasjonen, trykket han på lenken og da stod det «bank på» på skjermen. Han banket på og da dukket sykepleieren opp på skjermen. Wenche fortalte at det ble en del rot rundt innloggingen: *«Det var to linker, ja. Forskjellige, så hun hadde logga seg på den siste hun hadde sendt, men jeg fikk jo tre sms»*. Årsaken til rotet med innloggingen var ifølge Wenche at hun hadde mottatt innloggingslenke via tre forskjellige kanaler, henholdsvis Helsenorger, e-post og tekstmelding. I tillegg til å ha mottatt innloggingsdetaljer på tre ulike steder, fikk hun også tre ulike tekstmeldinger hvor to av de inneholdt samme lenke. Ettersom hun hadde to forskjellige lenker, fortalte hun at hun ble usikker på hvem av dem hun skulle trykke på. Hun valgte tilslutt den lenken hun hadde fått to like av, og logget seg inn. Etter en kort stund ble hun oppringt av sykepleieren, som da hadde logget seg på den andre lenken. Wenche fortalte at hun og sykepleieren deretter ble enige om hvilken lenke de skulle bruke, og at selve innloggingen var enkel så fort dette var avklart.

Alle fire informantene fortalte at den tekniske gjennomføringen av videokonsultasjonen gikk greit. Marit som hadde problemer med å logge seg inn og måtte kontakte support, sa at hun ikke hadde noen tekniske utfordringer da hun først hadde fått logget seg inn. Hun opplevde heller ikke noen problemer med lyd eller bilde gjennom samtalen. Det samme gjaldt Wenche som hadde fått flere lenker å logge seg inn på. Hun sa at da først hun og sykepleieren var på samme lenke, gikk det veldig fint og uten tekniske problemer. Hans fortalte at han to ganger i løpet av videokonsultasjonen fikk beskjed fra sykepleieren at lyden hans ble borte: *«Det var to ganger det skjedde, at hun sa nå mista jeg lyden på deg. Så bare gjorde jeg sånn og så da var det oppe. Men om det var mitt utstyr, det vet jeg ikke»*. Hans brukte et headset under videokonsultasjonen fordi han ville ha hendene fri, i tilfelle han skulle vise sykepleieren medisinerne sine eller noe av det medisinske tekniske utstyret han bruker. Da lyden hans ble borte hørte han fortsatt sykepleieren og bildet var fortsatt av god kvalitet. Han var usikker på om det var hans utstyr det var noe galt med, men

fortalte at lyden kom tilbake med en gang han trykket på headsettet sitt. Bortsett fra dette opplevde han at kvaliteten på lyd og bilde var god gjennom hele videokonsultasjonen.

5.2.5 Første møte over video

Ingen av informantene hadde tidligere fysisk møtt sykepleieren som gjennomførte videokonsultasjonen med dem. Alle informantene fortalte at de hadde snakket med henne på telefon, enten i forbindelse med oppfølging fra ambulerende lungeteam eller den forestående videokonsultasjonen. Marit sa hun ikke hadde møtt sykepleieren tidligere og at hun hadde bare snakket med henne på telefon. Hun syntes det var greit å møte henne for første gang over en videokonsultasjon. Roar sa følgende om å skulle møte sykepleieren for første gang over en skjerm: *«Det var jo litt spennende. Det var jo hvordan det var, men det gikk veldig fint»*. Hans fortalte at sykepleieren som hadde videokonsultasjonen antakelig var den sykepleieren han hadde snakket mest med på telefon i forbindelse med oppfølging fra ambulerende lungeteam. Han syntes det var hyggelig å endelig møte henne. Han sa videre at han ikke hadde noen vansker med å snakke med mennesker og at det derfor ikke spilte noen rolle for han om første møte var et fysisk møte eller over en skjerm. På spørsmål om hvordan det var å åpne seg opp og snakke med en sykepleier hun ikke hadde møtt ansikt til ansikt før, sa Wenche at det ikke gjorde henne noe ettersom sykepleieren via det ambulerende lungeteamet allerede hadde mye informasjon om henne og hennes sykdomstilstand.

5.2.6 God totalopplevelse av videokonsultasjon

Roar, Hans og Wenche syntes videokonsultasjonen gikk som forventet. Marit syntes den gikk bedre enn hun hadde trodd på forhånd og sa følgende: *«Den gikk i grunn bedre enn forventet»*. Hun fortalte at hun var litt stresset og gruet seg i forkant av videokonsultasjonen. Hun sa at årsaken til dette var at det var et *«ukjent område hun skulle inn på»*, ettersom hun ikke hadde hatt en videokonsultasjon tidligere. Etter at hun var ferdig med videokonsultasjonen var hun glad for at hun hadde fått det til, og hun sa hun ikke var noe sliten. Hun sa deretter at hun spurte seg selv da hun var ferdig: *«Var det ikke mer, liksom?»* Hun sa at hvis hun skulle kaste terning om hvordan hun syntes videokonsultasjonen hadde gått, ville hun gitt den terningkast fem. De andre tre informantene var også tilfreds med videokonsultasjonen, selv om Roar ikke syntes det kom noe nytt frem. Ifølge han pratet de bare og så var den over. Han sa videre at han ikke gruet seg, men at han etterpå var lettet over at han var ferdig. På spørsmål om han var sliten etter å ha utført

videokonsultasjonen, sa han at han ikke følte seg spesielt sliten. Wenche fortalte at hun var litt spent i forkant av videokonsultasjonen i forhold til hvordan det ville gå. Hun sa at hun får dårligere pust når hun prater og at hun derfor var noe sliten etter videokonsultasjonen.

5.3 Videokonsultasjon som tjenestetilbud

I denne kategorien beskriver informantene hvilke fordeler og ulemper de mener det er med videokonsultasjon, og om de kunne tenke seg å motta videokonsultasjon etter en eventuell fremtidig sykehusinnleggelse.

5.3.1 Fordeler og ulemper med videokonsultasjon

Ingen av informantene beskrev noen direkte ulemper med å få videokonsultasjon. Marit sa følgende i forbindelse med dette: *«Nei, jeg kan vel egentlig ikke si at det er noen ulemper»*. Hun syntes videokonsultasjon er ganske likt som fysisk konsultasjon. Hun sa videre at hun allikevel opplever fysisk konsultasjon som noe tryggere enn videokonsultasjon, ettersom det er ansikt til ansikt. Roar sa at han ikke så noen ulemper med oppfølging over video. Han syntes videokonsultasjon er bedre en telefonkonsultasjon fordi da kan man se hvem man prater med, noe han syntes er lettere. Hans syntes en fordel med videokonsultasjon er at han slipper å kjøre bil til sykehuset og gå fra parkeringshuset. Han beskrev det slik: *«Da slipper jeg å tenke på at jeg må kjøre bil til sykehuset å parkere og gå den lange bakken med dårlig pust, for det gruer jeg meg til»*. Han sa deretter at han ikke syntes det er noen ulemper med videokonsultasjon i det hele tatt.

Wenche ser heller ingen ulemper med videokonsultasjon. Hun sa at hvis man ikke trenger noen fysiske undersøkelser er det er stor fordel å kunne ha konsultasjonen hjemmefra. Hvis den polikliniske timen bare er for å sjekke formen eller høre hvordan det går, syntes hun at videokonsultasjon helt fint. Hun sa videre at dersom hun skulle føle seg dårlig, ha en infeksjon eller noe som krever en blodprøve eller liknende, vil hun ikke ha en videokonsultasjon. Da ønsker hun å få en fysisk konsultasjon, men at dette er noe som kan avtales dersom det er behov for det.

Wenche fortalte at hun selv kjørte bil til sykehuset når hun skal dit. Hun syntes det er slitsomt å reise til og fra sykehuset, samtidig som hun syntes det er slitsomt å gå rundt inne på sykehuset.

5.3.2 Ønsker flere videokonsultasjoner

Alle informantene sa de kunne tenke seg å bli fulgt opp med videokonsultasjon etter utskrivelse dersom de ble innlagt på sykehus på et senere tidspunkt. Marit sa det hadde vært greit å få

videokonsultasjon etter en innleggelse, dersom hun bare hadde klart å logge seg inn på egenhånd. Hun sa videre at å takke ja til videokonsultasjon etter en sykehusinnleggelse, avhenger for hennes del av innleggesårsak. Dersom hun eksempelvis var innlagt på grunn av en operasjon, ville hun foretrukket å ha en fysisk konsultasjon på sykehuset i stedet for videokonsultasjon. Roar sa han godt kunne tenke seg å bli fulgt opp med videokonsultasjon etter en sykehusinnleggelse hvis det hjelper på hans sykdomstilstand. Han sa videre at det må være mer enn bare prat hvis det skal komme noe oppfølging ut av det: *«Hvis at det hjelper noe så er det jo veldig fint, men hvis det bare blir prating, da synes jeg det blir litt dårlige greier»*. Hans kunne også tenke seg å bli tilbudt videokonsultasjon i fremtiden: *«Det var helt fint, så det kan det godt være mer av egentlig»*. Wenche syntes det var positivt å få videokonsultasjon og hun sa hun hadde takket ja til det tilbudet dersom hun ble innlagt igjen, da hun opplevde videokonsultasjonen som betryggende. Wenche fortalte videre at hun ikke ble ordentlig bra etter innleggelsen på sykehuset. Hun jobbet da mye med slimmobilisering fordi hun følte at hun fortsatt var tett. Hun fortalte videre at hun har en egenbehandlingsplan som hun har hatt i mange år og følger aktivt. Under videokonsultasjonen diskuterte hun og sykepleieren litt frem og tilbake og ble enige om at hun skulle ta litt mer antibiotika, i henhold til egenbehandlingsplanen. Wenche tok en flersepektra anitibiotikakur og ble deretter bra igjen.

6 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å frembringe ny og relevant kunnskap om pasienter med kols sine erfaringer omkring bruk av videokonsultasjoner som poliklinisk oppfølging etter en sykehusinnleggelse. Oppsummert viser studien at informantene ønsker mer oppfølging etter en sykehusinnleggelse, har noe varierende grad av digital kompetanse og varierende tillit til om deres personvern blir ivaretatt ved bruk av videokonsultasjoner. De opplever å være godt informert før videokonsultasjonen og at det er greit å møte sykepleieren for første gang over video. Flere erfarer kvaliteten på videoløsningen som god, selv om enkelte opplevde utfordringer knyttet til innlogging. Totalt sett er informantene tilfreds med videokonsultasjonen og samtlige kunne tenke seg å motta videokonsultasjon igjen etter en eventuell fremtidig kolsrelatert sykehusinnleggelse. Informantene beskriver i tillegg sine perspektiver knyttet til fordeler og ulemper med videokonsultasjon.

I dette kapittelet diskuteres studiens resultater opp mot relevant forskning på feltet. Videre diskuteres relevante resultater i lys av digital kompetanse og rammeverket Technology Acceptance Model, TAM, som beskrevet i kapittel 3. TAM diskuteres hovedsakelig med tanke på begrepene oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet, som nevnt i kapittel 1.4. Deretter fremmes forslag om videre forskning, og til slutt diskuteres styrker og svakheter med metodene som er valgt for denne studien.

6.1 Poliklinisk oppfølging fra sykehus

6.1.1 Oppfølging etter utskrivelse fra sykehus

Funn fra studien gir indikasjon for at pasienter med kols kan ha behov for mer poliklinisk oppfølging etter en sykehusinnleggelse enn det som er etablert rutinemessig. De aktuelle videokonsultasjonene ble utelukkende gitt i forbindelse med denne studien, og ønsket om mer oppfølging var sentralt med tanke på hvorfor informantene takket ja til å delta. Oppfølging til pasienter med kols innen 30 dager etter utskrivelse fra sykehus kan bidra til å forebygge reinnleggelser som følge av kolsforverring (Oga et al., 2011). Videre viser forskning at pasienter med kols som følges opp med videokonsultasjoner i ukene etter en sykehusinnleggelse, reinnlegges sjeldnere enn pasienter som mottar tradisjonell oppfølging (Cox et al., 2018; Sorknaes et al., 2011). Oppfølging i en rekonvalesensfase kan oppleves som slitsom for denne pasientgruppen. Dette kommer tydelig frem i figur 4-1 om rekrutteringsutfordringer, hvor flesteparten av pasientene

takket nei til videokonsultasjon som et tilbud utover etablert praksis fordi de ikke orket. Forskning viser at videobasert oppfølging kan bidra til å forebygge ytterligere forverring og reinnleggelser i ukene etter utskrivelse fra sykehus (Cox et al., 2018; Sorknaes et al., 2011). Dette kan antakelig si noe om kompleksiteten rundt denne kronisk syke pasientgruppen og behovet for å tilrettelegge og tilpasse omfanget av oppfølging for den enkelte pasient.

6.1.2 Lungerehabilitering

Funn fra studien viser at det er ulike forventninger til poliklinisk oppfølging etter sykehusinnleggelse. Flere informanter hadde ingen konkrete tanker om hva slags oppfølging de kunne tenke seg, mens en annen var fornøyd med å ha en sykepleier å prate med. En informant var tydelig på behovet for lungerehabilitering med tanke på opptrening og veiledning til å håndtere sykdommen. Ifølge informanten mente sykehuset at han ikke var dårlig nok for et opphold på lungerehabiliteringssykehus. Denne informanten har moderat grad av kols. I henhold til tabell 2-1 og Helsedirektoratet, er det i den forbindelse moderat risiko for sykdomsforverring og innleggelser på sykehus (Helsedirektoratet, 2022). Forskning viser at lungerehabilitering som gis til pasienter med kols innen fire uker etter en innleggelse relatert til sykdomsforverring, blant annet kan bidra til å redusere reinnleggelser og nye sykdomsforverring (Puhan, Gimeno-Santos, Cates, & Troosters, 2016; Wedzicha et al., 2017). Lungerehabilitering egner seg for alle pasienter med kols, samtidig viser forskning at pasienter med moderat og alvorlig grad av kols har mest effekt av lungerehabilitering (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020; Sahin et al., 2016). Lungerehabilitering har bedre effekt blant annet på bedring av fysisk funksjon og reduksjon i bruk av helsetjenester, sammenlignet med et generelt rehabiliteringstilbud (Førland & Skumsnes, 2016). Det er på bakgrunn av dette anbefalt at pasienter med kols bør tilbys lungerehabilitering (Helsedirektoratet, 2022). Tilbud om lungerehabilitering viser seg derimot å være mangelfullt i flere norske kommuner og mindre enn 0,1 prosent av pasienter med kols deltok på lungerehabilitering i 2015 (Leivseth, 2017). Hvor mange som deltar på lungerehabilitering har ikke nødvendigvis noen sammenheng med hvor utbredt tilbudet er, ettersom det er sannsynlig at flere pasienter med kols takker nei. Et relevant punkt i denne sammenheng er at informanten i denne studien fikk et konkret tilbud om rehabilitering i kommunen, men takket nei til dette. Det er uvisst hva slags rehabilitering han ble tilbudt, men det kan i realiteten ha vært tilbud om lungerehabilitering som han kunne hatt god effekt av. Informanten ga uttrykk for å være motivert for lungerehabilitering, og motivasjon er en viktig faktor for å oppnå effekt av rehabilitering (Wyller, 2007). Lungerehabiliteringstilbud til

pasienter med kols som er motiverte, kan bidra til å øke pasienters kunnskap om egen sykdom og styrke egenmestringsevnen, slik at fremtidige forverring og sykehusinnleggelses forebygges og reduseres.

6.1.3 Trygghet

Funn fra studien viser at manglende oppfølging kan føre til en opplevelse av å bli stående alene med sykdommen. Dette kan ha en sammenheng med å føle seg utrygg på bakgrunn av behov for mer kunnskap om sykdomshåndtering. Flere studier peker på at pasienter med kols ofte er utrygge, angstpregede og føler seg alene med sykdommen (Borge et al., 2021; Nissen & Lindhardt, 2017), og videre at videokonsultasjoner i den forbindelse kan bidra til økt trygghet (Mathar et al., 2015; Sjølling et al., 2020). I en studie om pasienter med kols sine erfaringer med videokonsultasjoner av Mathar og kolleger, kom det frem at mange følte seg sårbare og alene med sin sykdom, spesielt under sykdomsforverring. Årsaken til dette var hovedsakelig at pasienter ikke hadde kontroll over situasjonen, ettersom deres mestringsstrategier ikke bidro til å begrense forverringen.

Videokonsultasjoner bidro i denne sammenheng til trygghet, da de opplevde det trygt å snakke med helsepersonell, få veiledning og oppmuntring til å kontakte lege (Mathar et al., 2015).

Tilrettelegging av veiledning og rehabilitering for pasienter med kols, kan antakelig bidra til økt kunnskap og kompetanse omkring egen sykdom. Dette vil kunne påvirke pasienters evne til å forebygge forverring av sykdommen, og deretter forhindre mulige sykehusinnleggelses.

Funn fra studien viser at det oppleves som godt og betryggende å snakke med sykepleier etter utskrivelse fra sykehus. Det å få veiledning og kunne diskutere egenbehandlingstiltak med sykepleier under videokonsultasjonen, bidro eksempelvis til forlengelse av antibiotikabehandling og påfølgende bedring av sykdomstilstand. En dansk studie peker på at videokonsultasjon kan sørge for at det er lettere for pasienter å ta vanskelige valg etter at de har fått veiledning fra helsepersonell. Videre kan videokonsultasjon bidra til å redusere bekymringer for pasienter med kols, blant annet ved at helsepersonell kan identifisere en kommende forverring (Sjølling et al., 2020). Råd og veiledning fra sykepleier kan bidra til å øke pasienters egenmestringsevne og trygghetsfølelse (Gale & Sultan, 2013). Sett i sammenheng med TAM, kan egenmestring antas å være en viktig faktor for at pasienter oppfatter teknologien som nyttig. Li et al. peker i sin systematiske oversikt på at pasienter som oppnår økt egenmestringsevne med en teknologi, oppfatter den som nyttig og dermed tar den i bruk i større grad (Li et al., 2021).

Å trygge pasienter med kols forutsetter at helsepersonell har høy kompetanse på fagområdet og evne til å sette seg inn i den enkeltes helsesituasjon og behov (Barken et al., 2018). Dette støttes av Nissen og Lindhardt, som peker på at helsepersonell med spesialkompetanse kan bidra til å gi pasienter med kols opplevelse av trygghet (Nissen & Lindhardt, 2017). En norsk studie viser at sykepleiere som fikk økt kompetanse om kols, følte seg tryggere og mer selvsikre i møte med pasienter (Berland & Bentsen, 2015). Denne tryggheten og selvsikkerheten hos sykepleiere kan tenkes å ha stor påvirkning på pasientene. Sykepleieren som gjennomførte videokonsultasjonene i denne studien, er tilknyttet ambulerende lungeteam og har spesialisert kompetanse innen kols. Sykepleieren er i den forbindelse godt kvalifisert til å veilede og trygge denne pasientgruppen. Dersom pasienter får snakke med sykepleiere med spesialisert kompetanse, kan dette sannsynligvis bidra til at pasienter oppnår bedre grad av egenmestring, som igjen vil kunne gi dem kontroll over situasjonen. Dette kan videre bidra til økt trygghet for pasienter og sørge for at de føler seg mindre alene med sykdommen.

6.2 Forberedelse til og gjennomføring av videokonsultasjon

6.2.1 Informasjon

Funn fra studien viser at informantene opplever å være godt informert før videokonsultasjonen. Skriftlig informasjon om videokonsultasjonen ble i denne sammenheng gitt på forhånd, og samtlige ble oppringt per telefon av sykepleieren som skulle ha videokonsultasjonen med dem. Det kom frem at en av informantene gruet seg før videokonsultasjonen ettersom vedkommende var usikker på hva hun gikk til. I en engelsk studie uttrykte pasienter som skulle ta i bruk en telemonitoreringsteknologi at de var bekymret og nervøse i forkant. De ønsket mer informasjon om blant annet bruken av teknologien, generell informasjon om tjenesten og personvern. Flere var bekymret for at de ikke mestret å bruke teknologien eller at de kom til å bruke utstyret feil, og de begrunnet dette med at de ikke var kjent med teknologien fra tidligere. Da pasientene fikk den informasjonen de hadde behov for og fikk vist utstyret, var de ikke lenger bekymret (Fitzsimmons et al., 2016). Det samme kan tenkes å gjelde ved bruk av annen teknologi, som blant annet videokonferanseteknologi. Nissen & Lindhardt peker i forbindelse med videokonsultasjoner på at det er viktig for pasienter at sykepleier er godt forberedt til konsultasjonen (Nissen & Lindhardt, 2017). Dersom sykepleier er forberedt og i tillegg forbereder pasienter ved å gjennomgå videoløsningen, kan det bidra til at pasienter unngår eller reduserer mulige bekymringer. Som

beskrevet i kapittel 2.4 mottar pasienter skriftlig informasjon fra det aktuelle sykehuset om hvordan de selv kan forberede seg til videokonsultasjonen. Et tiltak som ble gjort av sykepleieren i denne sammenheng, var at hun og informantene hadde en felles forberedelse før videokonsultasjonen. For pasienter som fortsatt opplever vanskeligheter med å håndtere teknologien, men har en positiv holdning til den, kan det vurderes ytterligere gjennomgang for å styrke brukervennligheten.

Funn fra studien viser at det er behov for tydelig informasjon før en videokonsultasjon, hovedsakelig med tanke på innlogging. En informant mottok innloggingslenke til videokonsultasjon i tre forskjellige informasjonskanaler, i tillegg mottok vedkommende tre ulike innloggingslenker og erfarte dette som rotete. Ved å avklare på forhånd med pasient hvilke kanaler informasjonen skal leveres på, vil hindre unødig forvirring og usikkerhet. Videre bør pasienter informeres bedre med tanke på hvilken lenke som skal brukes for innlogging, dersom det er sendt ut flere lenker. Dette funnet er også relevant for bruk av videoløsningen og diskuteres videre i kapittel 6.2.3.

6.2.2 Personvern

Funn fra studien viser at manglende tillit til ivaretagelse av personvern kan føre til en viss grad av utrygghet. God ivaretagelse av personvernet kan skape trygghet og være en forutsetning for at pasienter har tillit til blant annet digitale helsetjenester, og velger å benytte seg av disse. Det stilles strenge krav til ivaretagelse av informasjonssikkerhet ved bruk av videokonsultasjoner, blant annet knyttet til personvern og taushetsplikt (Direktoratet for e-helse, 2021b). Videoløsningen som er benyttet i forbindelse med videokonsultasjonene i denne studien er vurdert som trygg og sikker, ettersom videosamtalen er kryptert, pasientdata lagres ikke og innlogging skjer via BankID (Akershus universitetssykehus, 2022b; Whereby, 2022).

Ifølge Normen skal pasienter som takker ja til å motta videokonsultasjon få muntlig eller skriftlig informasjon om behandling av deres helse- og personopplysninger før konsultasjonen finner sted (Direktoratet for e-helse, 2021a). Å sikre at relevant informasjon blir gitt til pasienter før videokonsultasjon kan være oppklarende og bidra til økt trygghet. Dersom pasienter fortsatt opplever videokonsultasjon som en utrygg helsetjeneste, må helsepersonell vurdere hvorvidt det bør benyttes en annen konsultasjonsform (Direktoratet for e-helse, 2021b). Informasjonssikkerhet og personvern kan på den annen side oppleves som utfordrende og komplisert for noen pasienter, spesielt med tanke på at eldre pasienter med kronisk sykdom har lavere helsekompetanse

sammenliknet med resten av den norske befolkningen (Le et al., 2021). For å ivareta pasienters personvernrettigheter må informasjonen være enkel og forståelig med tanke på blant annet formål, behandling og mulige konsekvenser ved bruk av videokonsultasjon. Tilpasset informasjon i henhold til pasienters forutsetninger og behov kan sørge for redusert opplevelse av risiko ved bruk av videokonsultasjon (Direktoratet for e-helse, 2021b). Ved at pasienter informeres tydelig om at deres personvern er i varetatt i henhold til lovverk og retningslinjer før videoløsningen tas i bruk, kan bidra til å skape trygghet og tillit. Det er videre en forutsetning at denne informasjonen er enkel å forstå for alle pasienter som skal benytte seg av videokonsultasjon.

6.2.3 Digital kompetanse og bruk av videoløsning

Funn fra studien viser at lave digitale ferdigheter kan føre til utfordringer knyttet til innlogging på videoløsning. I henhold til EU sitt rammeverk for kartlegging av digital kompetanse er det en grunnleggende digital ferdighet å mestre og starte en videosamtale (Vourikari et al., 2022). I denne sammenheng innebærer det å mestre pålogging til en videoløsning, hvor lenken til samtalen er mottatt på eksempelvis e-post eller sms, en grunnleggende digital ferdighet. Ved manglende evne til å logge seg på samt ha behov for assistanse, vil derfor mest sannsynlig klassifisere en person til å ha lavere enn grunnleggende ferdigheter innenfor digital kommunikasjon. Denne påstanden understøttes av rapporten om nordmenns helsekompetanse og digitale kompetanse, der befolkningen ble spurt om hvor enkelt det ville være for dem å gjennomføre en samtale med helsepersonell over video. Rapporten viser at 32 prosent av personer over 65 år vil ha store vanskeligheter med dette, og havner derfor i nedre halvdel av laveste nivå med tanke på digitale ferdigheter. Personer på laveste ferdighetsnivå kan videre ha behov for assistanse for å komme i gang med videosamtalen. Personer som havner i øvre halvdel av laveste ferdighetsnivå vil derimot ha tilstrekkelige ferdigheter til å starte og gjennomføre en videosamtale (Le et al., 2021). Etersom personer med kroniske sykdommer viser seg å ha lavere digital kompetanse sammenliknet med andre grupper i befolkningen (Le et al., 2021), er det sannsynlig at dette også gjelder pasienter med kols. Sett i sammenheng med at pasienter med kols benytter helsetjenester i stor grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a), kan dette videre innebære at en vesentlig andel av denne pasientgruppen ikke har de digitale ferdighetene som trengs for å ta i bruk digitale helsetjenester, som blant annet videokonsultasjon. Det er imidlertid usikkert hvor representativ rapporten om digital kompetanse er for denne pasientgruppen, ettersom det er ukjent hvor mange pasienter med kols som har deltatt i kartleggingen. Ved at helsepersonell på forhånd utfører individuelle

vurderinger av pasienters digitale ferdigheter, kan si noe om pasienters evne til å logge seg inn og hvorvidt videokonsultasjon egner seg for pasienten eller ikke.

Funn fra studien viser videre at flere innloggingslenker skaper forvirring, uavhengig av grad av digital kompetanse. Ved at sykehuset sender ut innloggingslenke via flere kanaler kan oppleves som forvirrende og skape usikkerhet. For pasienter med god digital kompetanse er det ingen utfordring å starte videokonsultasjonen fra en av kanalene, men i tilfeller hvor det er sendt ut ulike lenker kan det derimot være utfordrende å vite hvilken lenke som skal benyttes, da det er en mulighet for at pasient og sykepleier trykker på forskjellige lenker. Dersom pasient er forberedt på at det genereres flere innloggingslenker, kan dette bidra til at pasienten håndterer situasjonen bedre. Det er videre trolig at en pasient med lavere digital kompetanse ikke ville håndtert denne situasjonen like godt, noe som igjen kunne ført til utrygghet og vansker med å akseptere teknologien og ta den videre i bruk. Avklares det på forhånd hvilke kanaler pasienter ønsker å motta informasjon og innloggingslenke på, kan det antakelig forhindre forvirring og unødig usikkerhet. Videre bør pasienter i tillegg informeres om eventuelle endringer i hvilken lenke de skal benytte før videokonsultasjonen starter.

Funn fra studien viser at det ble benyttet ulike digitale enheter i forbindelse med videokonsultasjonen. Et punkt som kan være relevant i denne sammenheng er at informant som hadde behov for assistanse under innlogging, var den eneste som benyttet pc under videokonsultasjonen. Hvordan brukergrensesnittet på den aktuelle videoløsningen er på pc sammenliknet med mobiltelefon er ikke kjent, men det kan være nyttig å undersøke nærmere om det har en sammenheng med vanskene ved innlogging. Dersom det viser seg å være forskjell i brukergrensesnitt på videoløsningen med tanke på innlogging fra pc og mobiltelefon, kan det sannsynligvis forklare hvorfor informanten hadde utfordringer med innlogging i motsetning til de andre. Videre er det rimelig å anta at dersom brukergrensesnittet er likt på pc og mobiltelefon, kan innloggingsutfordringene ha en sammenheng med informantens antatt begrensede digitale ferdigheter.

Funn fra studien viser at det er positivitet knyttet til bruk av videokonsultasjon, til tross for tekniske utfordringer. Forskning viser at pasienter ikke opplever teknologi som utfordrende, selv om de har varierende digitale ferdigheter eller opplever tekniske problemer (Sølling et al., 2020). Dette

understøttes av Nissen & Lindhardt ved at teknologi som blir benyttet i forbindelse med videokonsultasjon ikke er en barriere for pasienter, da de er positive til teknologien og opplever den som enkel å håndtere (Nissen & Lindhardt, 2017). McLean og kolleger peker imidlertid på mulige fallgruver i forholdet mellom tekniske utfordringer og brukergrensesnitt. Eldre personers erfaringer når det gjelder å akseptere og interessere seg for teknologi varierer og kan i den sammenheng danne barrierer (McLean et al., 2011). En annen studie antyder derimot at alder i seg selv ikke utgjør en barriere med tanke på å akseptere en teknologi eller å ta den i bruk (Fitzsimmons et al., 2016).

Funn fra studien viser at videokonsultasjon oppleves som mer utrygt enn fysisk konsultasjon for en av informantene, og begrunner dette med at teknologien er ukjent. Årsak til utryggheten kan trolig ses i sammenheng med antatt lav digital kompetanse og manglende tidligere erfaring med denne type teknologi. Det er på den ene side sannsynlig at den digitale kompetansen er på et høyere nivå nå enn hva det var før videokonsultasjonen, og at det ved en eventuell senere videokonsultasjon vil være færre utfordringer knyttet til innlogging. På den annen side var det avgjørende å få innloggingsassistanse for å få gjennomført videokonsultasjonen, og det er på bakgrunn av dette uvisst om det vil være behov for assistanse neste gang. Funn fra forskning viser at flere pasienter føler seg trygge på bruk av teknologi allerede etter å ha brukt den én gang, i tillegg til at de opplever det som enkelt å bruke (Fitzsimmons et al., 2016). Det er rimelig å tenke at dette også gjelder for denne studien. Ved å mestre gjennomføring av videokonsultasjon på egenhånd ved en senere anledning, vil informanten i henhold til EU sin indikator for digital kompetanse, rykke et nivå høyere på skalaen for digital kompetanse (Vourikari et al., 2022). Videokonsultasjoner egner seg derimot ikke for alle pasienter med kols. Mangel på kunnskap og interesse for teknologien fører til usikkerhet for mange, og dette kan videre danne en barriere for å akseptere og ta teknologien i bruk (Borge et al., 2021). Samtidig kan gjentatt bruk av teknologien føre til trygghet (Fitzsimmons et al., 2016). Videokonsultasjoner som utføres av helsepersonell med spesialisert kompetanse innenfor kols kan videre sørge for at pasienter opplever trygghet (Nissen & Lindhardt, 2017), noe som igjen kan bidra til at barrieren fjernes og teknologien aksepteres. I denne sammenheng anses det derfor som viktig at sykepleier kartlegger pasienters digitale kompetanse når det gjelder tidligere erfaring og digitale ferdigheter, slik at videokonsultasjon kan tilrettelegges ut fra sykepleiers ressurser, samt pasientens individuelle behov.

Eksterne variabler som kjønn, alder og tidligere erfaring kan ifølge TAM spille inn på personers oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet av en teknologi (Davis et al., 1989). I denne studien er digital kompetanse en ekstern variabel som står sentralt for å kunne ta i bruk teknologien. Det er derfor rimelig å anta at pasienter med lavere digital kompetanse oppfatter teknologien som mindre brukervennlig enn pasienter med moderat eller høyere digital kompetanse, og derfor har mindre sannsynlighet for å ta den i bruk. En informant ga inntrykk av at teknologien ikke opplevdes som brukervennlig i forbindelse med innlogging. Likevel opplevde vedkommende videokonsultasjonen som nyttig og fordelmessig, og ønsker å motta videobasert oppfølging ved en senere anledning. Ifølge TAM står oppfattet nytte i denne sammenheng sterkere enn oppfattet brukervennlighet, noe som vil kunne påvirke informantens atferdsmessige intensjon om å ta i bruk videokonsultasjon. Dette samfaller godt med Torp et al. (2022) som peker på at oppfattet brukervennlighet alene ikke er en stor nok fordel for å ta en teknologi i bruk, men at det også avhenger av oppfattet nytte. At en teknologi oppfattes som brukervennlig, er mindre viktig jo mer en person er kjent med bruk av teknologi (Torp et al., 2022; Venkatesh et al., 2003). Sett i sammenheng med lav digital kompetanse, kan dette bety at jo mer teknologien blir brukt, jo mer brukervennlig blir den. Oppfattet brukervennlighet kan derfor antas å spille en mindre rolle enn oppfattet nytte, ettersom brukervennligheten øker med bruk.

6.2.4 Relasjon gjennom videokonsultasjon

Funn fra studien viser at deltakerne ikke erfarte utfordringer knyttet til å møte sykepleier for første gang over videokonsultasjon. Samtlige informanter hadde snakket med sykepleier over telefon før videokonsultasjonen, i tillegg hadde flere tidligere snakket med henne i forbindelse med poliklinisk oppfølging fra ambulerende lungeteam. I telefonsamtalene har det allerede blitt etablert en relasjon mellom sykepleier og den enkelte pasient, selv om de ikke har møttes ansikt til ansikt tidligere. En relasjon i denne sammenheng kan defineres som forbindelse, forhold eller kontakt mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017). En forutsetning for å skape en god relasjon med pasient er at sykepleier har en personorientert kommunikasjon, som innebærer blant annet anerkjennelse og forståelse av pasientens perspektiv, psykososiale kontekst og verdier. Videre bør sykepleier legge til rette for og stimulere pasienten til å utøve autonomi og kontroll over egen situasjon (Eide & Eide, 2017; Røkenes, Hanssen, & Tolstad, 2012). Det er sannsynlig at den allerede etablerte relasjonen har dannet et viktig grunnlag for deres videre kommunikasjon i forbindelse med videokonsultasjonen, og at det derfor ikke oppleves som utfordrende å møte sykepleier for

første gang over en skjerm. Dersom informantene ikke hadde snakket med sykepleier på telefon før videokonsultasjon, kan det tenkes at de hadde hatt en annen oppfatning av det første møtet. Ifølge Nissen & Lindhardt er det mulig å utvikle en god og tillitsfull relasjon selv om pasient og sykepleier ikke kjenner hverandre fra tidligere (Nissen & Lindhardt, 2017). I Sjølling et al. sin artikkel kommer det derimot frem at pasienter mener det er avgjørende å ha møtt sykepleier fysisk før videokonsultasjon for å opprette en god relasjon (Sjølling et al., 2020). Dette er motstridende til funn i denne studien, og en mulig forklaring kan være at samtlige pasienter i Sjølling et al. sin artikkel møtte sykepleier fysisk før videokonsultasjon. Disse pasientene har på bakgrunn av det ingen erfaring med å møte sykepleier første gang over video, og kan dermed ikke med sikkerhet vite om det var avgjørende å møte fysisk sykepleier i forkant for å opprette en god relasjon.

Funn fra studien viser at det ikke var vanskelig å åpne seg for sykepleier over videokonsultasjon. En informant begrunnet dette med at sykepleier var godt kjent med hennes sykehistorie og helsetilstand og at det derfor var uproblematisk. En god relasjon med sykepleier kan også bidra til at det er enklere for pasienten å være mer åpen om egen helsetilstand (Nissen & Lindhardt, 2017). Det er uvisst hvordan informantene i denne studien ville reagert dersom en annen sykepleier, som de ikke hadde snakket med på telefon tidligere, dukket opp på skjermen. En informant sa i den forbindelse at det ikke ville spilt noen rolle hvem som dukket opp på skjermen, da han ikke har noen utfordringer knyttet til å snakke med nye mennesker. Dette kan være personlighetsavhengig og derfor ikke sannsynlig at alle pasienter ville erfart det på samme måte. Funn fra forskning viser at pasienter foretrekker å snakke med samme sykepleier hver gang, ettersom de har utviklet et god relasjon med sykepleier i forkant og det derfor er enklere for dem å åpne seg (Sjølling et al., 2020). Ved at sykepleier tilrettelegger for relasjonsbygging med pasient i forkant av videokonsultasjon, enten ved fysisk samtale eller telefonsamtale, kan være en forutsetning for en god og tillitsfull relasjon. Det kan videre bidra til pasienters åpenhet omkring egen helsesituasjon og føre til at sykepleier kan yte helhetlig helsehjelp.

6.2.1 Totalopplevelse av videokonsultasjon

Funn fra studien viser at samtlige informanter totalt sett var tilfredse med videokonsultasjonen. En av informantene erfarte at det gikk bedre enn forventet, til tross for at vedkommende gruet seg og opplevde innloggingsutfordringer. At informantene sitter igjen med en god opplevelse av videokonsultasjonen kan ha en sammenheng med oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet,

noe som videre kan si noe om deres holdning til teknologien og om de faktisk kommer til å ta den i bruk ved en senere anledning.

6.3 Videokonsultasjon som tjenestetilbud

6.3.1 Fordeler og ulemper med videokonsultasjon

Bruk av videokonsultasjon innebærer både fordeler og ulemper for pasienter med kols. Som diskutert tidligere i kapittelet, synes bruk av videokonsultasjon i denne sammenheng å avhenge av en rekke faktorer, blant annet digital kompetanse, trygghet, forventninger og individuelle tilpasninger.

Funn fra studien viser at videokonsultasjon oppleves som en fordel ettersom reisevei til og fra sykehuset er utfordrende. Dette begrunnes med at flere vanligvis kjører bil til sykehuset, og lang avstand fra parkering til sykehuset kan være svært krevende for noen på grunn av tung pust. Videre kommer det frem at det oppleves som slitsomt å oppholde seg på sykehus. I Nissen og Lindhardt sin studie om pasienter med kols sin erfaring med en telemedisinsk intervensjon, kommer det frem at pasienter synes det er en fordel å få videokonsultasjon i stedet for oppmøte på poliklinikk (Nissen & Lindhardt, 2017). Disse pasientene beskrev reisen til sykehuset som lang, slitsom og stressende. De som kjørte selv, slet i tillegg med å finne parkering i nærheten av sykehuset. Videre kom det frem at flere pasienter opplevde å bruke unødvendig lang tid på sykehuset, ettersom det er mye venting (Nissen & Lindhardt, 2017). Disse funnene samsvarer godt med funn fra denne studien. Bruk av videokonsultasjon i stedet for oppmøte på poliklinikk sparer pasienter for reisevei, som kan være både tidsbesparende og energibesparende for denne pasientgruppen. Fordelen med å slippe reisevei og venting for pasienter med kols kan videre veies mot oppfattet nytte med å ta videokonsultasjoner i bruk.

Funn fra studien viser videre at videokonsultasjon oppleves som bedre enn telefonkonsultasjon, ettersom sykepleier og pasient kan se hverandre. Dette sammenfaller godt med annen forskning som peker på at pasienter med kols erfarer videokonsultasjoner som fordelaktig nettopp fordi begge parter kan se og tolke den andres kroppsspråk, i motsetning til ved en telefonkonsultasjon (Barken et al., 2018; Nissen & Lindhardt, 2017; Sorknaes et al., 2011). Videre peker Barken et al. på at selv om det er geografisk avstand mellom partene i en videokonsultasjon, kan omsorgen og

støtten pasienten mottar oppleves som nær (Barken et al., 2018). Videokonsultasjon kan i den forbindelse kompensere for at partene ikke er i samme rom, ettersom pasient og sykepleier kan se og høre hverandre. I tilfeller hvor videokonferanseteknologien ikke fungerer optimalt eller plutselig svikter, kan telefonkonsultasjoner være et egnet alternativ. Pasienter opplever derimot redusert utbytte av telefonkonsultasjoner ettersom sykepleier ikke kan observere pasienten (Barken et al., 2018). En viktig del av sykepleieprofesjonen er å foreta kliniske observasjoner. Ved bruk av videokonsultasjon etter utskrivelse kan sykepleier observere pasientens pust når det gjelder pustemønster, lyd og bruk av hjelpemuskulatur. Videre kan pasientens slim, med tanke på farge og utseende, observeres. Disse observasjonene kan fortelle mye om pasientens sykdomstilstand og eventuelle behov for å sette i gang behandlingstiltak. Sykepleiers mulighet for kliniske observasjoner pekes også på som en utfordring ved videokonsultasjoner ettersom kun deler av kroppen til pasienten kan ses på skjermen og pasientens helhetlige helsetilstand derfor ikke kan observeres (Demiris, Oliver, & Courtney, 2006).

Pasienter kan føle en personlig tilstedeværelse av sykepleier selv om samtalen foregår over en videoskjerm (Barken et al., 2018; Sjølling et al., 2020). Funn fra denne studien viser at en informant opplevde videokonsultasjon like god som fysisk konsultasjon, men at det samtidig opplevdes tryggere å ha konsultasjon ansikt til ansikt. Dette er et interessant funn ettersom informantene også ytret ønske om flere videokonsultasjoner i fremtiden. Det er antakelig flere faktorer som spiller inn, og spesielt viktig er trolig oppfattet nytte av å få videokonsultasjon som et supplement og alternativ til fysisk oppmøte på poliklinikk.

Det kommer som nevnt tidligere frem at videokonsultasjon etter sykehusinnleggelse oppleves som betryggende. Videokonsultasjon oppleves som fordelsmessig dersom sykepleier tar kontakt for å sjekke hvordan pasienten har det. Viser det seg derimot å være behov for fysiske undersøkelser eller at pasienten er i dårlig form, kommer det frem at videokonsultasjon ikke er egnet konsultasjonsform. I denne sammenheng bør pasienters helsetilstand vurderes individuelt av sykepleier over telefon for igangsetting av nødvendige behandlingstiltak og vurdering av sykehusinnleggelse, før en eventuell videokonsultasjon.

6.3.2 Fremtidige videokonsultasjoner

Funn fra studien viser at det kan være avgjørende at innholdet i videokonsultasjonen oppfattes som nyttig for videre bruk. En av informantene ga uttrykk for at det kom lite nytt frem, og påpekte at det for hans del var viktig med mer enn bare prat ved fremtidige videokonsultasjoner for at han skulle ha utbytte av oppfølgingen. Sett i sammenheng med TAM spiller oppfattet nytte en viktig rolle for at teknologien blir tatt i bruk på et senere tidspunkt (Davis et al., 1989). Sannsynligheten for at denne informanten faktisk tar teknologien i bruk på et senere tidspunkt kan derfor tenkes å være liten. En mulighet for å øke oppfattelse av nytte kan være at sykepleier innhenter informasjon på forhånd fra pasienter med tanke på behov, ønsker og mål for videokonsultasjonen. Denne brukerinvolveringen kan gi en klar pekepinn på pasienters perspektiv for hva som skal til for at teknologien oppfattes som nyttig eller ikke, og hvorvidt den faktisk blir tatt i bruk.

Samtlige informanter kan tenke seg å motta videokonsultasjon etter en fremtidig sykehusinnleggelse. For flere av informantene virker imidlertid ønsket om å motta videokonsultasjon på et senere tidspunkt å være avhengig av en rekke forutsetninger, slik som nyttig innhold i konsultasjonen, evne til å logge seg inn på egenhånd og relevant innleggesårsak. Videre kommer det frem at noe en informant kan oppleve som støttende og trygt, kan oppleves som mindre støttende av en annen. Dette kan antakelig forklares med at det alltid vil være individuelle forskjeller, blant annet med tanke på pasienters ressurser og behov i forbindelse med egen helsesituasjon. Pasienter har også ulike forventninger til helsetjenesten, og det viser seg at noen forventer mer konkret hjelp enn andre.

6.4 Forslag til videre forskning

I denne studien har pasienter med kols sine erfaringer omkring videokonsultasjoner etter sykehusinnleggelse blitt belyst. Tidligere forskning på feltet er begrenset og det foreslås mer forskning for å kartlegge digitale ferdigheter til pasienter som skal benytte seg av denne form for digitale tjenester. Det anbefales videre å undersøke hvorvidt pasienter med kols faktisk tar videokonsultasjoner i bruk, ved å benytte eksempelvis TAM som rammeverk. I den sammenheng vil det være nyttig å identifisere utfordringer og barrierer ved å ta videokonsultasjoner i bruk, samt holdninger og intensjoner knyttet til teknologien. Ytterligere forskning på feltet vil kunne bidra med verdifull kunnskap som kan anvendes i videreutvikling av helsetjenesten, og mer spesifikt knyttet til

implementering av videokonsultasjon som del av behandlingsforløpet til pasienter med kols. Det vil i den forbindelse være aktuelt å presentere funn fra denne studien for relevante sykehusavdelinger som allerede benytter videobasert poliklinisk oppfølging eller planlegger å ta det i bruk.

6.5 Metodediskusjon

6.5.1 Gyldighet

Som nevnt tidligere i kapittel 4 har jeg beskrevet og redegjort for metodevalg som er gjort gjennom hele forskningsprosessen. På bakgrunn av disse redegjørelsene kan det vurderes om det er samsvar mellom studiens problemstilling og det som faktisk har blitt undersøkt. Noen av temaene i intervjuguiden er ikke direkte relevante for problemstillingen, men er likevel bevisst tatt med for å få informantene i tale om noe de har lengre erfaring med og kan relatere seg til utover den ene videokonsultasjonen. Dette ga mer kontekst til resultatene og bedre grunnlag for å forstå deres erfaringer med videokonsultasjon i en større sammenheng. Jeg har benyttet relevant forskning og teori for å underbygge funnene, noe som kan bidra til å styrke gyldigheten med denne studien.

6.5.2 Pålitelighet

Pålitelighet i denne studien avhenger av hvordan metoden er utviklet og at den kan etterprøves. Jeg har i den forbindelse etterstrebet å være mest mulig transparent gjennom hele forskningsprosessen, blant annet når det gjelder datainnsamling, transkribering og analyse. Selv om metodevalg kan etterprøves, vil datamaterialet og fortolkninger i en analyse aldri kunne direkte gjenskapes av andre (Malterud, 2017). Jeg har videre forsøkt å være bevisst på min rolle som forsker i denne studien, og dette er redegjort for i kapittel 6.5.4. En svakhet med denne studien er at jeg har et mindre datamateriale enn opprinnelig ønsket. Samtidig er erfaringene til informantene generelt nokså like, selv om det er ulikheter på noen områder.

Ettersom rekrutteringsprosessen var utfordrende og utvalgsstørrelsen begrenset, var trolig intervjuforberedelsene viktige i forhold til å sikre god kvalitet på dataene. Alle informantene ble kontaktet over telefon på forhånd for å avtale tidspunkt, men også med tanke på relasjonsbygging i forkant av intervjuet. Hvordan jeg skulle møte informantene ble også reflektert over på forhånd, eksempelvis ved å starte med lett prat for å mykne opp eventuell spenning og bygge videre på den allerede etablerte relasjonen. Før hvert enkelt intervju ble de ulike spørsmålene gjennomgått

grundig med tanke på mulig forbedring, samtidig som nyttige erfaringer fra forrige intervju ble hentet frem.

6.5.3 Overførbarhet

Ettersom funnene i denne studien bygger på data fra et lite antall informanter, er trolig studiens overførbarhet begrenset. Ifølge Malterud øker derimot ikke nødvendigvis overførbarhetspotensialet i takt med størrelsen på utvalget i kvalitative studier (Malterud, 2017). Det er likevel en vurdering at flere informanter i denne studien ville kunne økt studiens overførbarhetsverdi. På den ene side utgjør informantene eldre pasienter med kronisk sykdom, og resultatene er trolig i en viss grad overførbare til andre eldre pasienter som lider av den samme eller annen kronisk sykdom. På den annen side tar denne studien for seg et komplekst fenomen med stor variasjon med hensyn til informantenes erfaringer, forståelse og kompetanse når det kommer til nyttiggjørelse av teknologien. På bakgrunn av blant annet digital kompetanse kan en på generelt grunnlag anta at mange vil ha utfordringer med å ta i bruk videokonsultasjon uten tilstrekkelig opplæring.

Samtlige informanter i denne studien var positive til å teste ut ny teknologi i forbindelse med videokonsultasjonen, noe som kan tenkes overførbart til flere pasienter med kols eller pasientgrupper med kronisk sykdom. Det kan derimot også bidra til å svekke overførbarheten, ettersom det oppleves som lite sannsynlig at pasienter som er negative til en teknologi takker ja til å teste den ut. På bakgrunn av figur 4-1 om rekruttering har flertallet ikke ønsket å delta i denne studien. Om dette, i tillegg til oppgitte årsaker, skyldes at de ikke er positive til teknologien vites ikke, da pasientene ikke fikk direkte spørsmål om det. Informantene i denne studien har ulike sykdomsgrader av kols, henholdsvis moderat, alvorlig og svært alvorlig grad. Dette kan ha bidratt til forskjeller i erfaringer og perspektiver, ettersom det kan være ulike utfordringer og behov i forhold til hvilken sykdomsgrad pasientene har.

6.5.4 Forskerrollen

I kvalitative forskningsprosjekter har forskeren vanligvis kunnskap om det aktuelle temaet det forskes på (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019), noe som også gjelder for denne studien. Min rolle i forskningsprosessen er masterstudent og intervjuer, samtidig som jeg også trekker veksler på min kliniske erfaring som sykepleier. Jeg har vært

sykepleier i over 16 år og har de siste ni årene tilegnet meg erfaring med lungesyke pasienter, hovedsakelig pasienter med kols. Ettersom min for forståelse naturlig nok er preget av mitt faglige perspektiv, mine erfaringer og teoretiske grunnlag, har jeg forsøkt å være bevisst på fordeler og ulemper dette har i forbindelse med denne studien (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019; Malterud, 2017). Det å være ansatt på det aktuelle sykehuset som pasientene skrives ut fra kan tenkes å ha vært en fordel, da jeg har hatt tilgang på informanter via mine kontaktpersoner, selv om det har vært utfordrende å rekruttere til studien. Jeg mener å ha en god forståelse av sykdommen kols. For å hindre at denne forståelsen bidro til for mye fokus på selve sykdommen og ikke lot andre perspektiver komme frem, ble intervjuguiden utformet med flere temaer. Flere av temaene var ikke rettet direkte mot pasienter med kols, men mot pasientene som enkeltindivider uavhengig av sykdomsbakgrunn. En av informantene ønsket at intervjuet ble gjennomført på det sykehuset i stedet for i eget hjem. På denne måten slapp jeg informanten inn på min arbeidsplass, og jeg tror min rolle som klinisk sykepleier ble tydeligere for denne informanten enn for de andre tre informantene. Ikke bare var jeg masterstudent og intervjuer, men jeg var også en sykepleier med tilhørighet til en avdeling informanten kjente godt til fra før. Skillet mellom masterstudent og ansatt på sykehuset ble kanskje visket noe ut, enn dersom intervjuet hadde foregått utenfor sykehuset. Om dette har vært en ulempe eller forhindret informanten i å få frem sin erfaring på ulike perspektiver, er vanskelig å svare på. Med tanke på datamaterialet jeg har gjennomgått flere ganger fra denne informanten, virker det derimot lite sannsynlig at konteksten for datainnsamlingen har hatt noen form for påvirkning på materialet.

7 Konklusjon

I denne studien er det sett nærmere på hvordan pasienter med kols erfarer videobasert poliklinisk oppfølging etter sykehusinnleggelse. Funn viser i hovedtrekk at pasientene har gode erfaringer med videokonsultasjon og at de ønsker å motta videokonsultasjon på et senere tidspunkt, under visse forutsetninger. Samtidig kommer det blant annet frem at varierende grad av digital kompetanse, varierende tillit til personvern og utfordringer knyttet til innlogging bidrar til en opplevelse av utrygghet for noen av pasientene.

Pasienter med kols er en kompleks pasientgruppe med store individuelle forskjeller og behov, også med tanke på oppfølging via videokonsultasjoner. Helsepersonell må i den sammenheng ta hensyn til den enkelte pasients forventninger, forutsetninger, ressurser og behov for å møte pasientene på best mulig måte ved oppstart av videobasert poliklinisk oppfølging. Hvorvidt pasientene ønsker å benytte seg av videokonsultasjon som tjenestetilbud ved en senere anledning, avhenger av oppfattet nytte og brukervennlighet knyttet til teknologien.

8 Litteraturliste

- Ahlan, A., & Isma'eel, B. A. (2015). An overview of patient acceptance of Health Information Technology in developing countries: a review and conceptual model. *International journal of information systems and project management*, 3(1), 29-48. doi:10.12821/ijispm030102
- Akershus universitetssykehus. (2022a). Lungemedisinsk poliklinikk, Nordbyhagen. Retrieved from <https://www.ahus.no/avdelinger/medisinsk-divisjon/lungemedisin/lungemedisinsk-poliklinikk-nordbyhagen#sykepleier-tilbyr-informasjon-og-samtale-om>
- Akershus universitetssykehus. (2022b). Videokonsultasjon på Akershus universitetssykehus. Retrieved from <https://www.ahus.no/behandlinger/digitale-helsetjenester>
- Barken, T. L., Thygesen, E., & Söderhamn, U. (2018). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 132-142. doi:10.1111/jocn.13857
- Berland, A., & Bentsen, S. B. (2015). Patients with chronic obstructive pulmonary disease in safe hands: An education programme for nurses in primary care in Norway. *Nurse Educ Pract*, 15(4), 271-276. doi:10.1016/j.nepr.2015.03.003
- BMJ Publishing Group Limited. (2021). COPD: what is it? Retrieved from <https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/en-gb/pdf/1533377903537.pdf>
- Borge, C. R., Larsen, M. H., Osborne, R. H., Engebretsen, E., Andersen, M. H., Holter, I. A., . . . Wahl, A. K. (2021). Exploring patients' and health professionals' perspectives on health literacy needs in the context of chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Illn*, 1742395321999441-1742395321999441. doi:10.1177/1742395321999441
- Brenes, G. A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*, 65(6), 963-970. doi:10.1097/01.PSY.0000097339.75789.81
- Cox, N. S., McDonald, C. F., Alison, J. A., Mahal, A., Wootton, R., Hill, C. J., . . . Holland, A. E. (2018). Telerehabilitation versus traditional centre-based pulmonary rehabilitation for people with chronic respiratory disease: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Pulm Med*, 18(1), 71-71. doi:10.1186/s12890-018-0646-0
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35(8), 982-1003. Retrieved from <http://eli.johogo.com/Class/p6.pdf>
- Demiris, G., Oliver, D. P., & Courtney, K. L. (2006). Ethical Considerations for the Utilization of Telehealth Technologies in Home and Hospice Care by the Nursing Profession. *Nursing administration quarterly*, 30(1), 56-66. doi:10.1097/00006216-200601000-00009
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 : E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*.
- Direktoratet for e-helse. (2021a). Faktaark 54 - Videokonsultasjon. Retrieved from <https://www.ehelse.no/normen/faktaark/faktaark-54-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2021b). Veileder for video, lyd og bilde i helse- og omsorgssektoren. Retrieved from <https://www.ehelse.no/normen/veiledere/veileder-video-lyd-og-bildeopptak-i-helse-og-omsorgssektoren>

- Direktoratet for e-helse. (2022). Korona: Slik kommer du i gang med videokonsultasjon. Retrieved from <https://www.ehelse.no/aktuelt/korona-slik-kommer-du-i-gang-med-videokonsultasjon#Spesialisthelsetjenesten>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning (Oslo)*(4), 332-335. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fitzsimmons, D. A., Thompson, J., Bentley, C. L., & Mountain, G. A. (2016). Comparison of patient perceptions of Telehealth-supported and specialist nursing interventions for early stage COPD: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 420-420. doi:10.1186/s12913-016-1623-z
- Folkehelseinstituttet. (2017). Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2016. In: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Retrieved from www.fhi.no/fhr
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Kvalitet i helsetjenesten: 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-etter-sykehusinnleggelse.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Kvalitet i helsetjenesten: 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2019*. Retrieved from https://www.fhi.no/contentassets/4489efb7f1f8462293a62b46e0f2d924/hoved_rapport_overl_reinnl.2019.pdf
- Forum of International Respiratory Societies. (2021). *The global impact of respiratory disease*. Retrieved from https://www.firsnet.org/images/publications/FIRS_Master_09202021.pdf
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). Hverdagsrehabilitering – En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*.
- Gale, N., & Sultan, H. (2013). Telehealth as ‘peace of mind’: embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder. *Health Place*, 21, 140-147. doi:10.1016/j.healthplace.2013.01.006
- Gerdes, M., Gallefoss, F., & Fensli, R. W. (2017). The EU project “United4Health”: Results and experiences from automatic health status assessment in a Norwegian telemedicine trial system. doi:<https://doi.org/10.1177/1357633X17735558>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). *GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE*. Retrieved from <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>
- Helse Sør-Øst. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*. Retrieved from https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20versjon.pdf
- Helse Sør-Øst. (2021). Økning i bruk av telefon og videokonsultasjoner i pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst. Retrieved from <https://helse-sorost.no/okning-i-bruk-av-telefon-og-videokonsultasjoner-i-pasientbehandlingen-i-helse-sor-ost>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Retrieved from www.regjeringen.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Retrieved from www.regjeringen.no

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld. St. 7 (2020-2023)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*.
- Helsebiblioteket. (2016a). Kunnskapsbasert praksis. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2016b). Sjekklister. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*(Vol. IS-5/2013). Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/_attachment/inline/bc9b7ff2-4f0f-4f66-95da-74df45c5ad0c:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *E-konsultasjon og triage hos fastlege*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_attachment/inline/498ccfe-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). Kols - kronisk obstruktiv lungesykdom. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols/>
- Helsedirektoratet. (2022, 15.02.2022). Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*,. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#§16
- Irgens, I., Kleven, L., Sørli, H., Stanghelle, J. K., & Rekand, T. (2015). Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(19), 1716-1717. doi:10.4045/tidsskr.15.0770
- Kim, J., & Park, H.-A. (2012). Development of a health information technology acceptance model using consumers' health behavior intention. *J Med Internet Res*, 14(5), e133-e133. doi:10.2196/jmir.2143
- Knox, L., Gemine, R., Rees, S., Bowen, S., Groom, P., Taylor, D., . . . Lewis, K. (2020). Using the Technology Acceptance Model to conceptualise experiences of the usability and acceptability of a self-management app (COPD.Pal®) for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Health and technology*, 11(1), 111-117. doi:10.1007/s12553-020-00494-7
- KS. (2018). Hva er grunnleggende digital kompetanse? Retrieved from <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/kompetanse-og-verktoy/digihjelpen/hva-er-digihjelpen-/hva-er-grunnleggende-digital-kompetanse/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2021). Hva er kols? Retrieved from <https://www.lhl.no/kampanje/har-jeg-kols/>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021*

- (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. Rapport IS-2959. Retrieved from
- Leivseth, L. (2017). *Helseatlas kols*. (3/2017). Retrieved from <https://helseatlas.no/sites/default/files/helseatlas-kols-rapport.pdf>
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- LHL-klinikkene. (2015). Kols Egenbehandlingsplan. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kols-egenbehandlingsplan>
- Li, W., Liu, W., Liu, S., Li, J., Wang, W., & Li, K. (2021). Perceptions of patients with chronic obstructive pulmonary disease towards telemedicine: A qualitative systematic review. *Heart & lung*, 50(5), 675-684. doi:10.1016/j.hrtlng.2021.03.081
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed. Vol. 3). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathar, H., Fastholm, P., & Sandholm, N. (2015). A qualitative study of televideo consultations for COPD patients. *Br J Nurs*, 24(4), 205-209. doi:10.12968/bjon.2015.24.4.205
- McLean, S., Chandler, D., Nurmatov, U., Liu, J., Pagliari, C., Car, J., & Sheikh, A. (2011). Telehealthcare for asthma: a Cochrane review. *CMAJ*, 183(11), E733-E742. doi:10.1503/cmaj.101146
- Mousing, C. A., & Sørensen, D. (2021). Living with the risk of being infected: COPD patients' experiences during the coronavirus pandemic. *J Clin Nurs*, 30(11-12), 1719-1729. doi:10.1111/jocn.15727
- Nielsen, R., Johannessen, A., Benediktsdottir, B., Gislason, T., Buist, A. S., Gulsvik, A., . . . Lee, T. A. (2009). Present and future costs of COPD in Iceland and Norway: results from the BOLD study. *Eur Respir J*, 34(4), 850-857. doi:10.1183/09031936.00166108
- Nissen, L., & Lindhardt, T. (2017). A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. *International Journal of Medical Informatics*, 107, 11-17. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004
- Norsk senter for forskningdata. (2021). Personverntjenester. Retrieved from <https://www.nsd.no/personverntjenester/>
- NOU 2019:2. (2019). *Fremtidige kompetansebehov II*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/216ef613554042ccae0c127a6b3b3ac8/nou/pdfs/nou201920190002000dddpdfs.pdf> Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/216ef613554042ccae0c127a6b3b3ac8/nou/pdfs/nou201920190002000dddpdfs.pdf>
- Oga, T., Tsukino, M., Hajiro, T., Ikeda, A., & Nishimura, K. (2011). Predictive properties of different multidimensional staging systems in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 6, 521-526. doi:10.2147/COPD.S24420
- Personvernloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#KAPITTEL_gdpr-1
- Primholdt Christensen, N., & Danbjørg, D. B. (2018). Use of Video Consultations for Patients With Hematological Diseases From a Patient Perspective: Qualitative Study. *Journal of participatory medicine*, 10(4), e11089-e11089. doi:10.2196/11089

- Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Cates, C. J., & Troosters, T. (2016). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(12), CD005305-CD005305. doi:10.1002/14651858.CD005305.pub4
- Rahimi, B., Nadri, H., Lotfnezhad Afshar, H., & Timpka, T. (2018). A Systematic Review of the Technology Acceptance Model in Health Informatics. *Appl Clin Inform*, 9(3), 604-634. doi:10.1055/s-0038-1668091
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2021). REK. Retrieved from <https://rekportalen.no/#hjem/home>
- Rosenbek Minet, L., Hansen, L. W., Pedersen, C. D., Titlestad, I. L., Christensen, J. K., Kidholm, K., . . . Møllegård, L. (2015). Early telemedicine training and counselling after hospitalization in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: a feasibility study. *BMC Med Inform Decis Mak*, 15(1), 3-3. doi:10.1186/s12911-014-0124-4
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller briste : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sahin, H., Naz, I., Varol, Y., Aksel, N., Tuksavul, F., & Ozsoz, A. (2016). Is a pulmonary rehabilitation program effective in COPD patients with chronic hypercapnic failure? *Expert Rev Respir Med*, 10(5), 593-598. doi:10.1586/17476348.2016.1164041
- Saleh, S., Larsen, J. P., Bergsåker-Aspøy, J., & Grundt, H. (2014). Re-admissions to hospital and patient satisfaction among patients with chronic obstructive pulmonary disease after telemedicine video consultation - a retrospective pilot study.
- Sorknaes, A. D., Madsen, H., Hallas, J., Jest, P., & Hansen-Nord, M. (2011). Nurse tele-consultations with discharged COPD patients reduce early readmissions--an interventional study. *The clinical respiratory journal*, 5(1), 26. doi:10.1111/j.1752-699X.2010.00187.x
- Statistisk sentralbyrå. (2021). Pasienter på sykehus. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). Pasienter på sykehus. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Store medisinske leksikon. (2019). Respirasjonssvikt. Retrieved from <https://sml.snl.no/respirasjonssvikt>
- Sølling, I. K., Carøe, P., Mathiesen, K. S., & Lindgren, K. (2020). When the physical presence in the citizen's home is replaced by online video consultations; a citizen perspective. *Nordisk sygeplejeforskning*, 10(1), 70-85. doi:10.18261/issn.1892-2686-2020-01-07
- Torp, D. C., Sandbæk, A., & Prætorius, T. (2022). The Technology Acceptance of Video Consultations for Type 2 Diabetes Care in General Practice: Cross-sectional Survey of Danish General Practitioners. *National Library of Medicine*, . doi:<https://doi.org/10.2196/37223>
- Tveter, A. T., Provan, S. A., Moholt, E., Bergsmark, K., & Østerås, N. (2021). Bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. doi:10.4045/tidsskr.20.0882
- Universitetet i Sørøst-Norge. (2022). IT-tjenester. Retrieved from <https://www.usn.no/om-usn/it-tenester/>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478. doi: <https://doi.org/10.2307/30036540>
- Vipps AS. (2022). bankID- ditt digitale jeg. Retrieved from <https://www.bankid.no/privat/>
- Vourikari, R., Kluzer, S., & Punie, Y. (2022). *The Digital Competence Framework for Citizens*. Retrieved from Luxembourg: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/50c53c01-abe8-11ec-83e1-01aa75ed71a1/language-en>

- Wedzicha, E. C.-C. J. A., Miravittles, M., Hurst, J. R., Calverley, P. M. A., Albert, R. K., Anzueto, A., . . . Krishnan, A. C.-C. J. A. (2017). Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J*, 49(3), 1600791-1600791. doi:10.1183/13993003.00791-2016
- Whereby. (2022). Introduction. Retrieved from <https://whereby.com/information/tos/privacy-policy/>
- World Health Organization. (2020). The top 10 causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Wyller, T. B. (2007). Rehabilitation--only for especially interested? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(3), 286-286.
- Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., Valk, P. D. L. P. M. v. d., Zielhuis, G. A., Monninkhof, E. M., Palen, J. A. M. v. d., . . . Effing, T. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), CD002990-CD002990. doi:10.1002/14651858.CD002990.pub3

Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «Videokonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om pasienters erfaringer med videokonsultasjoner. I dette skrivet får du informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er en del av en masteroppgave som gjøres av en masterstudent ansatt på Ahus, og som vil foregå i løpet av høsten 2021. Formålet med dette forskningsprosjektet er å beskrive hvordan pasienter med kols erfarer å få videokonsultasjon etter utskrivelse fra sykehus. Videre skal forskningsprosjektet kunne bidra til å kvalitetssikre og optimalisere videokonsultasjoner som et poliklinisk tjenestetilbud til pasienter med kols.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Espen Andreas Brembo er prosjektleder og veileder, Kari Skogheim er masterstudent og ansvarlig for gjennomføring av studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du har diagnosen kols, og skal motta eller har mottatt videokonsultasjon i løpet 30 dager etter du ble skrevet ut fra et sykehusopphold. Det er totalt 5 deltakere som skal intervjues i forbindelse med dette forskningsprosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil du bli intervjuet av en masterstudent én gang. Intervjuet antas å vare fra 45 til 60 minutter. Spørsmålene er utarbeidet på forhånd og omhandler hovedsakelig tema omkring oppfølging fra sykehuset og din erfaring med videokonsultasjonen du fikk fra sykehuset etter utskrivelsen. Det vil også foretas oppslag i din elektroniske pasientjournal for å hente følgende informasjon: Diagnose, sykdomsgrad, antall innleggelser siste år og antall videokonsultasjoner de siste 30 dager etter utskrivelsen. Du kan selv velge hvor du ønsker å bli intervjuet (i eget hjem, på Ahus eller et annet egnet sted). Det skal gjøres lydopptak og notater under intervjuet for å registrere opplysningene du kommer med. Lydopptaket og notatene vil være tilgjengelig for masterstudenten i ett år etter at intervjuet har funnet sted.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ta kontakt med masterstudent Kari Skogheim dersom du ønsker å trekke deg fra prosjektet. Telefon 91880844 eller e-post kariskogheim@hotmail.com.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg vil bare brukes til formålene som er fortalt om i dette skrivet.

Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudenten og veileder som vil ha tilgang til opplysningene. For å hindre at uvedkommende får tilgang til

personopplysningene dine, erstattes ditt navn og kontaktopplysninger med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet lagres på en kryptert enhet. I den ferdige masteroppgaven vil du som deltaker ikke kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger, lydopptak og notater fra intervjuet slettes ved prosjektslutt, som etter planen er 01.11.2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av personopplysninger i forskningsprosjektet
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

(postkasse@datatilsynet.no)

Kontaktopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om den eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved veileder/ prosjektansvarlig Espen Andreas Brembo. Telefon 40640093 eller e-post Espen.Andreas.Brembo@usn.no. Eventuelt masterstudent Kari Skogheim. Telefon 91880844 eller e-post kariskogheim@hotmail.com
- USN personvernombud: Paal Are Solberg, e-post personvernombud@usn.no Hvis du har spørsmål til Ahus sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Ahus ved personvernombudet: e-post personvern@ahus.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post personverntjenester@nsd.no eller på

telefon 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Espen Andreas Brembo Kari Skogheim (Forsker/veileder) (Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Videokonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju og til at mine opplysninger behandles som beskrevet frem til prosjektet er avsluttet.

Sted og dato Deltakers signatur

Vedlegg 2 Intervjuguide

Tema	Spørsmål
Studie-id	
1. Bakgrunn	a) Alder b) Kjønn c) Sivilstatus
2. Helsesituasjon	a) Har du lyst til å fortelle kort om hvordan du opplever det å ha kols? b) I hvilken grad opplever du at du er avhengig av helsetjenesten for å mestre sykdommen? I forhold til innleggelse på sykehus og poliklinisk oppfølging, evt, kommunale tjenester
3. Oppfølging og tidligere erfaring	a) Hvordan har du tidligere blitt fulgt opp av sykehuset etter en utskrivelse (utskrivelser som har vært før denne aktuelle utskrivelsen)? Telefonkonsultasjon, oppmøte på poliklinikk, hjemmebesøk, videokonsultasjon, ingen oppfølging eller annet? b) Hvordan opplevde du å få/ ikke få en slik oppfølging? c) Hvilken erfaring har du med videokonsultasjoner fra helsepersonell fra tidligere? Fra sykehuset, fastlege, annet? d) Evt. hvor mange videokonsultasjoner har du hatt tidligere?
4. Videokonsultasjon (etter utskrivelse)	Ved siste sykehusinnleggelse a) I forbindelse med forrige sykehusinnleggelse, hvilken type oppfølging fikk du tilbud om etter utskrivelsen bortsett fra videokonsultasjon? (telefon, oppmøte på poliklinikk, hjemmebesøk eller noe annet) b) Hva var årsaken til at du takket ja til videokonsultasjon? c) Hvor mange videokonsultasjoner har du hatt siden siste utskrivelse?
	Personvern d) Sykehuset har ansvar for å ivareta ditt personvern og behandle dine pasientopplysninger på en trygg og sikker måte. I hvilken grad har du tenkt over om dette har vært ivaretatt i forbindelse med videokonsultasjonen? e) I hvilken grad stoler du på at sykehuset bruker trygge tekniske løsninger for å kommunisere med pasienter?

	<p>Utstyr</p> <p>f) Hva slags utstyr ble brukt i forbindelse med videokonsultasjonen? (nettbrett, mobiltelefon eller pc?)</p> <p>g) Hvem sitt utstyr var det? (Privat utstyr eller sykehuset sitt?)</p> <p>h) Hva slags erfaring har du fra før med å bruke denne type utstyr?</p> <p>i) Hva bruker du utstyret til i hverdagen? (Ringe, sende sms/ epost, videosamtale, lese avis, se på nyheter, nettbank, helsenorger?)</p>
	<p>Før videokonsultasjonen</p> <p>j) Hva fikk du av informasjon i forkant om hvordan videokonsultasjonen skulle foregå? (Når det skulle skje, hvor, hvem som skulle være til stede, hva dere skulle snakke om etc?)</p> <p>k) Hva fikk du av opplæring i forkant om hvordan du skulle motta videokonsultasjonen?</p> <p>l) Var det vanskelig, enkelt, kunne du det fra tidligere etc?</p> <p>m) Ble det avtalt hvem som skulle ha videokonsultasjonen med deg på forhånd? (Obs tredjeperson)</p> <p>n) Hadde du møtt denne personen tidligere?</p> <p>o) Var det den samme som faktisk gjennomførte videokonsultasjonen med deg? Hvis nei, hvordan opplevde du det? Å møte noen for første gang over video (hvis dere ikke hadde møttes tidligere), eller at du plutselig møtte en annen enn avtalt?</p>
	<p>Selve videokonsultasjonen:</p> <p>p) Hvordan følte du deg rett før videokonsultasjonen skulle starte?</p> <p>q) Hvordan gikk det å starte videokonsultasjonen? Gikk det greit eller trengte du hjelp fra noen for å komme i gang? Evt hva slags hjelp trengte du, og hvem hjalp deg?</p> <p>r) Opplevde du/ dere noen tekniske utfordringer/ problemer med utførelsen av videokonsultasjonen? Evt. hva skjedde?</p> <p>s) Førte dette evt. til noen plager for deg?</p> <p>t) Hvordan følte du deg rett etter videokonsultasjonen?</p>

	<p>Etter videokonsultasjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> u) Syns du videokonsultasjonen gikk som forventet, dårligere enn forventet eller bedre enn forventet? Hvorfor? v) Hvordan syns du det var å få videokonsultasjon, sammenliknet med andre typer konsultasjoner (dersom fått det)? Like bra, bedre eller dårligere? Hva var i så fall bedre eller dårligere? w) Følte du deg ivaretatt før, under og etter videokonsultasjonen? Ble du hørt og sett? x) Hvordan opplevde du å få denne oppfølgingen over video, sånn totalt sett? y) Hvilke fordeler mener du det er med å få oppfølging over video? z) Hvilke ulemper mener du det er med å få oppfølging over video? æ) Dersom oppfølging over video var et fast poliklinisk tilbud fra sykehuset, kunne du tenke deg å bli fulgt opp regelmessig fra sykepleier på sykehuset på den måten?
<p>5. Avslutning</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Hvordan opplevde du denne intervjusituasjonen? b) Har du noen kommentar helt til slutt?

Vedlegg 3 Søkelogg MEDLINE

Database(s): Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to November 08, 2021

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	61010
2	(chronic obstructive adj3 (lung disease* or pulmonary disease*)).tw,kf.	58296
3	(COPD or ECOPD).tw,kf.	52026
4	or/1-3	94979
5	exp Telemedicine/	37701
6	exp Videoconferencing/	2501
7	(telemedicine* or tele-medicine* or telehealth or tele-health or telemonitor* or tele-monitor* or "tele care" or teleconferenc* or tele-conferenc* or teleconsult* or tele-consult*).tw,kf.	28138
8	(video or videoconferenc* or video-conferenc* or videoconsult* or video-consult*).tw,kf.	108538
9	(mobile adj2 health).tw,kf.	6701
10	(ehealth or e-health or mhealth or m-health or TVC).tw,kf.	15359
11	or/5-10	163732
12	exp Hospitals/ or exp Home Care Services, Hospital-Based/	296619
13	exp Outpatient Clinics, Hospital/	17346
14	(hospital* or outpatient* or out-patient*).tw,kf.	1574993
15	exp Ambulatory Care Facilities/	57345
16	((ambulatory or home care) adj5 (hospital* or faciliit*).tw,kf.	8559
17	polyclinic*.tw,kf.	3771
18	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	1710403
19	4 and 11 and 18	470
20	limit 19 to (yr="2010 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	384
21	video*.mp.	194019
22	20 and 21	115

Vedlegg 4 Søkelogg Cinahl

SearchID#		Search Options	Last Run Via	Results
S19	S10 AND S16	Limiters - Published Date: 20100101- 20211231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	346
S18	S10 AND S16	Limiters - Published Date: 20100101- 20211231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	346
S17	S10 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	374
S16	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,948,793
S15	TX polyclinic*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,094
S14	TX (ambulatory or homecare) N3 (hospital* or facilit*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	13,214
S13	TX (hospital* or outpatient* or out- patient*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,932,407
S12	(MH "Ambulatory CareFacilities+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	16,723
S11	(MH "Hospitals+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	123,741
S10	S4 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	682
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	94,057
S8	TX mobile N2 health ORTX ((ehealth or e-health or mhealth or m-health orTVC))	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	14,358
S7	TX ((telemedicine* or tele-medicine* or telehealth or tele-health ortelevideo* or tele-video* or telemonitor* or tele- monitor* or "tele care" or teleconferenc* or tele- conferenc* or teleconsult*or tele- consult*)) OR TX((video or	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	78,071

	videoconferenc* or video-conferenc* or videoconsult* or video- consult*)			
S6	(MH "Videoconferencing+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4,514
S5	(MH "Telemedicine+") OR (MH "Telehealth+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	29,963
S4	S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	30,848
S3	TX (COPD or ECOPD)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	18,547
S2	TX chronic obstructiveN3 (lung disease* or pulmonary disease*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	27,451
S1	(MH "Pulmonary Disease,Chronic Obstructive+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	21,167