

Masteroppgave i helsevitenskap – selvvalgt fordypning
Universitetet i Stavanger, institutt for helsefag

Videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell - eldre brukeres erfaringer

Martine Marie Kajander

Mai 2014



Veileder: Marianne Storm, førsteamanuensis/post doc

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE**

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Martine Marie Kajander

VEILEDER: Marianne Storm, førsteamanuensis/post doc

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell – eldre brukeres erfaringer

Engelsk tittel: Videophone communication in home healthcare – experiences of elderly service users

EMNEORD/STIKKORD:

Videotelefon, kommunikasjon, egenomsorg, eldre
Videophone, communication, self-care, aged

ANTALL SIDER: 80 + vedlegg

Stavanger 30. Mai 2014

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mitt masterstudium i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik, tidkrevende og utrolig spennende prosess. Jeg vil her benytte anledningen til å takke de som har bidratt i arbeidet med denne masteroppgaven.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til de 14 informantene som jeg fikk intervju, for at dere vennlig tok i mot meg og delte deres erfaringer. Uten dere hadde ikke denne studien vært mulig. Jeg vil også få takke alle dere som hjalp meg med rekrutteringen av informanter til studien. Tusen hjertelig takk.

En stor takk vil jeg rette til deg, Marianne Storm. Du har vært en fantastisk inspirasjon og veileder gjennom hele denne prosessen. Tusen takk for all veiledning, for at du har vært så positiv hele veien, stilt krav til meg og motivert meg til å komme i mål med denne oppgaven.

Takk til dere i Safer@home arbeidspakke 4 for at jeg fikk muligheten til å knytte meg til deres forskningsprosjekt og for nyttige innspill i arbeidet med denne oppgaven. Spesielt vil jeg takke Veslemøy Guise for nyttige innspill og for hjelp med litteratur.

Tusen takk til alle i min nærmeste familie og min samboer for alt dere har bidratt med og for at dere hadde tro på at jeg skulle klare dette. Spesielt vil jeg få takke min søster med familie for oppholdet under datainnsamlingen, oppmuntring og praktisk hjelp. Takk til gode venninner og medstudenter som har holdt ut med meg, inspirert meg og bidratt med kloke ord.

Tusen takk til Signe Marie Eriksen og Helene Hanssen for korrekturlesing av oppgaven.

Til slutt vil jeg takke min dachshund Ludvig som har passet på at jeg har fått inspirerende luftturer under masteroppgave skrivingen.

Stavanger, Mai 2014

Martine Marie Kajander

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag	1
1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.1.2 Helsepolitiske føringer.....	3
1.1.3 Gjeldende lovgivning og personvern.....	4
1.1.4 Mitt faglige ståsted.....	5
1.2 Avklaring av sentrale begreper.....	5
1.3 Faglig samarbeid.....	7
1.4 Studiens hensikt.....	7
1.5 Studiens avgrensning.....	8
1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	8
1.7 Tidligere forskning på området.....	9
1.8 Oppgavens oppbygning.....	13
2.0 Teoretisk rammeverk	14
2.1 Hjemmeboende eldre.....	14
2.2 Mediert kommunikasjon.....	15
2.2 Videotelefonens anvendelsesområder.....	17
2.4 Egenomsorg.....	17
2.5 Dorothea Orem sin egenomsorgsteori.....	18
2.6 Egenomsorg og videotelefon.....	21
3.0 Metode og metodiske overveielser	23
3.1 Forskningsdesign.....	23
3.1.1 Fenomenologisk tilnærming.....	23
3.2 Det kvalitative forskningsintervju.....	24
3.2.1 Forsker rollen.....	25
3.3 Forskningsetiske vurderinger.....	26
3.4 Utvalg.....	27
3.4.1 Presentasjon av informantene.....	28
3.4.2 Utvelgelsen av informanter.....	28
3.4.3 Rekruttering.....	29
3.5 Utforming av intervjuguide.....	30
3.5.1 Pilotintervju.....	30
3.6 Gjennomføring av intervju.....	31
3.6.1 Hvor ble intervjuene utført.....	32
3.6.2 Transkribering.....	33
3.7 Analyse.....	33
3.7.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.....	34
3.7.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder.....	34
3.7.3 Kondensering – fra kode til mening.....	35

3.7.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper	37
3.8 Validitet og reliabilitet	37
4.0 Presentasjon av funn	40
4.1 Brukernes holdninger til videotelefon og erfaringer med informasjon- og kommunikasjonsteknologi	40
4.2 Videotelefonsamtalen - ”Som å snakke ansikt til ansikt”	44
4.3 ”Kontakt med ett trykk” – Videotelefon et verktøy for å få kontakt med helsepersonell.....	48
4.4 Å spørre og få svar	53
4.5 ”Det lettet mye på trykket” – Psykisk støtte gjennom videotelefonsamtalen...	57
5.0 Drøfting.....	61
5.1 ”Som å snakke ansikt til ansikt”	61
5.2 Informasjon og veiledning i videotelefonsamtalen.....	65
5.3 Støtte og sosial kontakt gjennom videotelefon	68
5.4 Konsekvenser for utformingen av helsetjenesten	70
5.5 Metodekritikk og overveielser	74
6.0 Konklusjon	78
6.1 Implikasjoner for praksis	79
6.2 Videre forskning	80
Litteraturliste	81

VEDLEGG

1. Informasjon om studien til informanter
2. Samtykkeerklæring til intervju
3. Intervjuguide
4. Godkjenning fra NSD

Sammendrag

I årene som kommer forventes antall eldre med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester å øke betraktelig. På samme tid anslår en at tilgjengelig arbeidskraft for å håndtere denne økingen kommer til å minke. For framtiden foreslås velferdsteknologi, blant annet videotelefon, som et virkemiddel og kan bli et viktig supplement til dagens tjenester. Velferdsteknologi kan bidra til å støtte eldre brukeres egenomsorg og mulighet til å bo hjemme.

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om og innsikt i hjemmeboende eldre sine erfaringer med å bruke videotelefon for å kommunisere med helsepersonell, og undersøke om oppfølging ved hjelp av videotelefon kan ha betydning for den eldre sin egenomsorg.

Dette er en kvalitativ studie med et eksplorerende design. Datainnsamlingsmetoden har vært individuelle dybdeintervju med fjorten hjemmeboende eldre i alderen 56 til 90 år. Datamaterialet har blitt analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Funnene fra intervjuene viser at brukerne opplevde kommunikasjonene gjennom videotelefonen som lignende et fysisk møte, det var nesten som å snakke ”ansikt-til-ansikt”. Å både se og høre den de snakket med syntes intervjudeltakerne var positivt. Videotelefonsamtalen hadde ro over seg, og brukerne opplevde at dette var avsatt tid til dem og at de fikk sykepleierens fulle oppmerksomhet. Videotelefonen var enkel å bruke og helsepersonell ble oppfattet som mer tilgjengelig. Et gjennomgående tema i materialet var brukernes behov for informasjon om sin sykdom, vanlige symptomer og hvordan en skal håndtere disse etter et sykehusopphold. Funnene viser at videotelefonsamtalen ga brukerne muligheten til å få snakke med kompetent personell, muligheten til å stille spørsmål og få råd om helserelevante bekymringer. De eldre brukerne verdsatte det sosiale aspektet ved videotelefonsamtalen; det var godt å få noen å snakke med, de følte seg trygge og ivaretatt.

Diskusjon: Videotelefon er et synkront medium som gir brukerne og helsepersonell mulighet til å både se og høre hverandre. Tilgangen til nonverbal kommunikasjon i

videotelefonsamtalen kan bidra til at helsepersonell fanger opp brukerens kliniske og emosjonelle tilstand, og følger det opp. Helsepersonell kan i videotelefonsamtalen nonverbalt vise at de aktivt lytter og tar seg tid til brukeren, dette kan gjøre det lettere for brukerne å spørre om det som opptar dem og bedre informasjonsformidlingen. Videotelefon kan være et nyttig verktøy for å kvalitetssikre informasjonen gitt til pasienten på sykehus, supplere og følge opp manglende informasjon når brukeren har kommet hjem. Som en del av oppfølgingen fra helsetjenesten kan videotelefonsamtaler på en effektiv måte bidra til å støtte den eldre brukerens egenomsorg gjennom veiledning og råd vedrørende håndtering av symptomer, administreringen av medikamenter, fysiske øvelser samt imøtekomme psykososiale aspekter som angst og ensomhet. Oppfølging gjennom videotelefon vil trolig ikke være egnet for eldre med fysiske funksjonsnedsettelse som har behov for stor grad av fysisk hjelp og eldre med kognitiv svikt.

Konklusjon: Videotelefonsamtaler kan være et lovende hjelpemiddel i helsetjenesten når det gjelder oppfølging av hjemmeboende eldre, og kan være et nyttig verktøy for å kontinuerlig observere brukerne og bidra med informasjon etter sykehusinnleggelse, og for å støtte eldre sin egenomsorg.

1.0 Innledning

I innledningen gis det en oversikt over tematikken og bakgrunnen for studien. Her presenteres bakgrunn for valg av tema, mitt faglige ståsted og avklaring av sentrale begreper. Videre presenteres faglig samarbeid, studiens hensikt, studiens avgrensning, problemstilling og forskningsspørsmål. Til slutt presenteres tidligere forskning og oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.2 Helsepolitiske føringer

Velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten står høyt på den helsepolitiske agendaen i Norge. I NOU 2011:11 ”Innovasjon i omsorg” er begrepet velferdsteknologi definert som:

(...) teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (NOU 2011:11, s. 99).

Det finnes flere ulike velferdsteknologiske løsninger, som for eksempel smarthusteknologi, monitoreringsteknologi, roboter, springsteknologi og videotelefon eller videokonferanser (Teknologirådet, 2009).

Implementering av velferdsteknologi blir stadig trukket fram i politiske føringer som et tiltak og viktig supplement til dagens helse- og omsorgstjenester for å kunne håndtere fremtidens utfordringer (St.meld. 29 (2012-2013); Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:11). En mye omtalt utfordring er den forventede økningen av antall eldre. Fram mot 2050 forventes det at antall eldre over 67 år vil fordoble seg, samtidig anslås det et underskudd på sykepleiere og helsefagarbeidere i tiden som kommer. Fortsetter en med de helse- og omsorgstjenestene som tilbys per i dag vil behovet for arbeidskraft

fordoble seg fram til 2050 (St.meld. 29 (2012-2013); Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:11). Hensikten med velferdsteknologi er ikke å erstatte fysiske tjenester hos brukere som trenger det, men kan bidra til å utnytte ressursene i helsetjenesten og bidra til at hjemmeboende eldre kan leve trygt og selvstendig i egen bolig så lenge brukeren selv ønsker det (St.meld. 29 (2012-2013)).

Et annet aspekt er at både stortingsmeldinger (St.meld. nr. 25 (2005–2006); St.meld. 29 (2012-2013)) og norsk forskning (Slagsvold & Solem, 2005) trekker fram at vi i framtiden trolig vil få en ny generasjon eldre. I rapporten ”Morgendagens eldre” sammenlignes verdier, holdninger og adferd blant dagens middelaldrende og eldre, rapporten er basert på den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NORLAG). Det trekkes fram at framtidens eldre sannsynligvis vil være mer kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre. De antas å ønske tjenester som er individuelt tilpasset, og en antar at de ønsker å være mest mulig uavhengig i forhold til hjelp fra andre og bestemme mer selv. Sannsynligvis vil de også være mer positive til omstillinger fordi de har levd i et samfunn sterkt preget av endringer (Slagsvold & Strand, 2005). Den nye generasjonen eldre antas å ha et helt annet forhold til teknologi enn dagens eldre, dette igjen gjør de bedre informerte og i større grad oppdatert på nyere helseinformasjon og rettigheter gjennom nettet. Trolig vil de kommunisere via nettet med både familie og venner, samt helsevesenet (Solem & Hansen, 2005).

1.1.3 Gjeldende lovgivning og personvern

Ved bruk av videotelefon i helsetjenesten må til enhver tid gjeldende lovverk følges og helsetjenester gitt ved hjelp av videotelefon må sees i sammenheng med datasikkerhet og personvern. I forhold til at det er helsetjenester som gis ved hjelp av videotelefon må brukeren i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1 gi sitt samtykke til helsehjelpen og brukeren må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Brukeren har også en lovfestet rett til å medvirke og ta beslutninger i saker som angår dem selv og deres egen helse i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1. Brukerens synspunkter og meninger skal tillegges vekt i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som angår deres helse- og sosialtilbud. Ved bruk av videotelefon i helsetjenesten vil det være nødvendig å ta

stilling til utfordringer knyttet til datasikkerhet og personvern. Dette gjelder særlig risikoen for spredning av personopplysninger (NST, 2010; NOU 2011:11). Datasikkerhet og personvern vil ikke utdypes nærmere i denne oppgaven.

1.1.4 Mitt faglige ståsted

Som sykepleier på en ortopedisk avdeling ved et sykehus har jeg erfaring med pasienter i ulike aldersgrupper. Når det gjelder eldre har jeg blant annet erfaring knyttet til samhandling med hjemmeboende eldre under sykehusopphold og kartlegging av behov for hjelp i hjemmet. Jeg har ingen erfaring med bruk av videotelefon i kommunikasjon med hjemmeboende eldre. Før jeg gikk i gang med denne studien så jeg for meg at fordelene med videotelefon i helsetjenesten kunne være økt kvalitet i tjenesten, hyppigere tilsyn og at helsepersonell ble gjort mer tilgjengelig for brukeren. Jeg så også for meg at bruk av videotelefon i helsetjenesten har sine begrensninger, særlig for brukerne med behov for stor grad av fysisk oppfølging. På forhånd antok jeg at intervjudeltakerne hadde en del negativt å si om et slikt tilbud og at de ikke opplevde dette som et nyttig verktøy for seg selv, men kun for helsepersonell. Samtidig var jeg nysgjerrig på om eldre så noen fordeler med denne typen oppfølging fra helsetjenesten, og om jeg ville finne ut noe nytt om temaet. Jeg håpet naturligvis på positive erfaringer, men var åpen for at dette ikke var tilfellet for alle og at det er viktige erfaringer å få med seg.

1.2 Avklaring av sentrale begreper

Videotelefon er et verktøy innenfor velferdsteknologi og kan defineres som en to-veis kommunikasjonsløsning som tilbyr lyd- og bildekommunikasjon i sanntid, der bruker og helsepersonell kan se hverandre ansikt til ansikt via en skjerm (Willems & Vlaskamp, 2008; Finkelstein et al., 2004). I denne studien undersøkes bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell sett fra den eldre brukerens perspektiv. Det finnes ulike definisjoner som angir hvem som er eldre. Denne studien forholder seg til Verdens helseorganisasjon (WHO, 2004) sin definisjon som definerer yngre eldre til de mellom 60-74 år og gamle eldre fra 75 år og oppover.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er bruker og pasient gitt to forskjellige definisjoner. I denne oppgaven har jeg valgt å se bort fra dette skillet, og med pasient og bruker menes her personer som mottar helsetjenester fra helsepersonell i hjemmet. Pasient og bruker vil bli brukt noe om hverandre i teksten, dette er for å skape variasjon i språket. Helsetjenesten i denne studien defineres som alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som tilbyr tjenester rettet mot diagnostisering og behandling av sykdom, rehabiliterende virksomhet eller yter omsorg og pleie til syke individer (WHO, 2014; Nylenna & Braut, 2014).

Pasienterfaringer defineres i denne studien i tråd med Feirn, Betts og Tribble (2009, s. 2): ”The Patient Experience refers to the quality and value of all of the interactions - direct and indirect, clinical and non-clinical - spanning the entire duration of the patient/provider relationship”. Pasienterfaringer innebærer erfaringer relatert til behandling og/eller pleie, knyttet til situasjoner, hendelser og handlinger i møte med helsetjenesten og helsepersonell (Bate & Robert, 2007). Pasienterfaring kan knyttes til personlig kunnskap, og det å erfare noe inneholder elementer som er både fysiske, sanselige, kognitive, estetiske og følelsesmessige. Innenfor filosofi, og særlig fenomenologi er erfaring et sentralt anliggende (Bate & Robert, 2007). I denne studien har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming, og ønsker å undersøke eldre brukere sine erfaringer og beskrivelser knyttet til bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell. Brukernes erfaringer er nødvendig for å kunne si noe om hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg.

Begrepet egenomsorg har opp gjennom årene blitt definert på ulike måter i litteraturen (Levin, 1979; Orem, 2001; Haug, Wykle & Namazi, 1989). Denne studien tar utgangspunkt i sykepleieteoretiker Dorothea Orem sin definisjon på egenomsorg som er ”de aktiviteter individet tar initiativ til og utfører på egen vegner for å opprettholde liv, helse og velvære” (Orem, 2001, s. 43). I følge Orem (2001) har mennesker en naturlig evne til egenomsorg. Denne evnen dreier seg i stor grad om kunnskap og kan styrkes hos hvert enkelt individ. Sykepleierens oppgave er å hjelpe brukeren til å ivareta sin egenomsorg, og målet er at brukeren gjøres i stand til eller veiledes til å bli uavhengig i den grad det er mulig.

1.3 Faglig samarbeid

Som masterstudent har jeg fått muligheten til å knytte meg til et forskningsprosjekt som heter ”Safer@home - Smart systems to support safer independent living and social interaction for elderly at home”, arbeidspakke 4. I Safer@home er det overordnede målet å ta i bruk en videotelefonløsning slik at eldre som bor hjemme skal kunne kommunisere via lyd og bilde med hjemmetjenesten. I dette prosjektet deltar blant annet doktorgradsstipendiat Veslemøy Guise. Hun skal utvikle, implementere og evaluere et opplærings- og simuleringsprogram for helsepersonell i forhold til å ta i bruk videotelefon i hjemmebaserte tjenester for eldre. Min masteroppgave er en selvstendig kvalitativ studie rettet mot å undersøke hjemmeboende eldre sine erfaringer med å bruke videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg.

1.4 Studiens hensikt

Hensikten med master studien min er å undersøke hjemmeboende eldre sine erfaringer med bruk av videotelefon i kommunikasjon og samhandling med helsepersonell. Studien vil undersøke om bruk av videotelefon i helsetjenesten kan bidra til eldre sin egenomsorg og støtte deres muligheter til å klare seg selv i hverdagen. Eldre sine erfaringer og opplevelser med bruk av videotelefon kan belyse utfordringer, barrierer og gevinster knyttet til den audiovisuelle samhandlingen med helsepersonell. Denne kunnskapen vil kunne være nyttig i utformingen av framtidige helsetjenester for eldre, for kvaliteten i tjenesten, og med henblikk på å utvikle ny og brukervennlig teknologi brukerne trenger og etter hvert vil etterspørre (Dansky, Vasey & Bowles, 2008; Helsedirektoratet, 2012). Kvalitet i helsetjenesten innebærer at tjenestene er ”virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12).

1.5 Studiens avgrensning

For å avgrense denne studien har jeg hatt fokus på den eldre brukerens perspektiv, videotelefon samtaler mellom hjemmeboende eldre og helsepersonell, og egenomsorg. Studien vil ikke belyse bruk av videotelefon sett fra helsepersonell eller pårørende sitt perspektiv, i drøftingen vil helsepersonell sitt perspektiv i korte trekk bli nevnt. Forhold knyttet til opplæring i bruk av videotelefon vil ikke være fokus i denne oppgaven, i motsetning til forskningsprosjektet Safer@home arbeidspakke 4, som denne studien er en del av. Tekniske aspekter som valg av kommunikasjonsløsning vil ikke bli berørt i denne studien. Teknisk svik vil i korte trekk belyses. Avgrensningene er gjort av hensyn til problemstillingen og forskningsspørsmålene og ut fra masteroppgavens rammer når det gjelder omfang.

1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål

Litteraturen viser at det er lite kvalitativ forskning rettet mot hjemmeboende eldre og bruk av videotelefon i helsetjenesten, og flere studier inkluderer monitoreringsteknologi og vanlig telefon i tillegg til videotelefon. Det finnes begrenset med kunnskap om hvordan videotelefon samtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg. Slik jeg ser det er det behov for mer kunnskap og forskning på området. Her kan denne studien bidra med økt kunnskap om og innsikt i hjemmeboende eldre sine erfaringer med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell, og hvordan oppfølging gjennom videotelefon kan bidra til den eldre sin egenomsorg.

Studiens problemstilling er todelt og lyder som følger:

Hvilke erfaringer har hjemmeboende eldre med bruk av videotelefon for kommunikasjon og samhandling med helsepersonell?

Hvordan kan videotelefon samtaler bidra til den eldre sin egenomsorg?

For å kunne utdype og få innsikt i problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan kan videotelefon være et nyttig kommunikasjonsmiddel med helsepersonell for hjemmeboende eldre?
- Hva var innholdet i videotelefonsamtalene mellom helsepersonell og hjemmeboende eldre?
- Opplever hjemmeboende eldre at videotelefon kan være et verktøy som kan bidra til egenomsorg?

1.7 Tidligere forskning på området

For å finne fram til tidligere forskning har jeg utført søk i databasene Cinahl, PubMed og Academic search premier. Søkeordene som ble anvendt er videophone, videotelephone, video visits, televisits, virtual home visits, telenursning, video communication, teleconsultation, videoconferencing, aged, elderly og home care. Ulike kombinasjoner og trunkering ble benyttet for å sikre at ulike skrivemåter skulle inkluderes i søkene. Søkene er avgrenset fra år 2004 til 2014, fordi jeg antok å finne mer relevant forskning fra de siste 10 årene. Alle typer kommunikasjonsløsninger som tilbyr lyd og bilde har jeg valgt å inkludere i søkene. Utover søk i databaser har jeg utført manuelle søk, der jeg har gjennomgått litteraturlistene til forskningsartiklene jeg fant etter søk i databasene og lokalisert andre artikler som kunne være aktuelle. Aktuelle artikler som omhandlet hjemmeboende eldre, helsepersonell og lyd- og bildekommunikasjon ble inkludert. Etter å ha gjennomgått søkene mine oppdaget jeg at det var en del forskning som belyser helsepersonell og videotelefoner brukt på sykehjem og videotelefoner for at eldre, både hjemmeboende og de som bor på sykehjem, skal kunne kontakte familie og venner. Min oppgave retter seg mot hjemmeboende eldre og kontakt med helsepersonell og det er et utdrag av resultatene fra litteratursøket mitt som i det følgende presenteres.

I en kvantitativ studie fra USA av Dansky et al. (2008) var hensikten å evaluere om video- og monitoreringsteknologi kan bidra til økt mestring hos hjemmeboende eldre med koronar hjertesykdom. Dette var en randomisert kontrollert studie, med 74 deltakere i intervensjonsgruppen og 48 deltakere i kontrollgruppen.

Intervensjonsgruppen ble delt i to, en for videotelefon og monitorering, og en for bare monitoreringsteknologi, begge gruppene mottok i tillegg vanlig hjemmesykepleie.

Kontrollgruppen mottok kun vanlig hjemmesykepleie. Resultatene i denne studien viste at troen på egne evner til å håndtere sin hjertesvikt økte i intervensjonsgruppen. Pasientene som brukte videotelefon hadde størst økning i forhold til troen på egne evner til å håndtere sin hjertesvikt over tid. I følge forfatterne kan dette tyde på at samhandling med en sykepleier, som en del av den omsorgsteknologiske oppfølgingen, kan spille en viktig rolle i forhold til å øke pasientens tro på egne evner.

Willems og Vlaskamp (2008) presenterer i sin artikkel et pilot prosjekt fra Nederland som gikk ut på å innføre videotelefon hos to grupper med eldre personer. Den ene gruppen bestod av eldre personer som stod i fare for å bli ensomme og inaktive, i den andre var det ektefeller og/eller pårørende til pasienter med demens. Denne kvantitative studien tok for seg både videotelefon og monitoreringsutstyr rettet mot å overvåke brukeren. Begge gruppene brukte videotelefon for å kommunisere med helsepersonell. Jeg har kun fokusert på resultatene til gruppen som utelukkende brukte videotelefon, i den gruppen var det 27 deltakere. Resultatene fra spørreskjemaene viste at 11 personer mente dette tilbudet hjalp i forhold til ensomhet. 4 personer mente dette var til moderat hjelp, og 2 personer mente det ikke hjalp i det hele tatt. Etter prosjektet var det ingen av deltakerne som hadde brukt videotelefon som ønsket å fortsette med dette tilbudet. Dette blir ikke utdypet i studien.

I en oversiktsartikkel av Botsis og Hartvigsen (2008) ble det inkludert 54 studier som anvendte lyd- og bildekommunikasjon for virtuelle besøk mellom helsepersonell og eldre med kroniske sykdommer. Litteraturgjennomgangen viste at virtuell besøk ble brukt til å støtte pasientene, gi undervisning knyttet til pasientens helsetilstand og ga pasientene muligheten til å konsultere med helsepersonell for bedre håndtering av sin sykdom. I noen studier ble disse aktivitetene kombinert med tradisjonelle hjemmetjenester. Funnene fra flere studier avdekker at enkelte kroniske sykdommer ikke er egnet for omsorgsteknologi, for eksempel når det kreves permanent tilstedeværelse av helsepersonell eller livsviktig overvåkingsutstyr. For personer med demens viste studier at det ikke var noen betydelige fordeler med omsorgsteknologi i hjemmet. Fordelene ved andre sykdommer, som diabetes, hjertesvikt og kroniske sår var betydelige. Flere studier rapporterte at brukerne syntes teknologien var enkelt å bruke og nyttig når en skulle håndtere kroniske tilstander. Hyppige vurderinger ved hjelp av omsorgsteknologi økte pasientenes selvtillit og opplevelse av trygghet. Det

viser seg imidlertid at eldre pasienter ikke er helt fortrolig med omsorgsteknologien. Brukerne ønsker ikke å miste fysiske besøk med det første og anser en kombinasjon av omsorgsteknologi i hjemmet og hjemmebesøk som det beste alternativet.

Stern, Valaitis, Weir og Jadad (2012) studerte pårørende og palliative pasienters bruksmønstre og erfaringer med omsorgsteknologi i hjemmet. Studien foregikk i Canada, det var en kvalitativ og kvantitativ eksplorerende case studie. Kvantitative data ble innhentet fra rutinemessig sykepleiedokumentasjon og omsorgsteknologiens bruksmønstre ble analysert. Kvalitative data ble innsamlet gjennom intervjuer, direkte observasjon og elektroniske sykepleiedokumenter. I studien deltok fem par bestående av pasient og pårørende sammen og syv etterlatte pårørende. I tillegg til videotelefon ble det brukt vanlige telefonsamtaler og monitoreringsteknologi. Den kvantitative analysen viste at familiene og sykepleierne i alt hadde hatt kontakt 255 ganger. 157 (61 %) ganger over vanlig telefon, 88 (35 %) over videotelefon, mens kun 10 (4 %) hadde vært fysiske besøk. Til tross for lite bruk av videotelefonen svarte deltakerne at de satte pris på den visuelle kommunikasjonen, forklarte at det hjalp i forhold til opplevelse av trygghet og brukerne følte det forbedret sykepleierens vurdering. Bakgrunnen for at videotelefonen ble lite brukt så ut til å være relatert til at utstyret ikke var flyttbart og tekniske utfordringer.

I en studie fra Sør-Sverige av Jönsson og Willman (2008) var hensikten å sammenligne tradisjonell oppfølging med bruk av omsorgsteknologi for pasienter med leggsår i hjemmesykepleien. Studien hadde både et kvalitativt og kvantitativt design. 11 pasienter og 9 sykepleiere deltok i studien. Pasientene i studien ble delt opp i en testgruppe der de brukte videotelefon og en kontrollgruppe som mottok vanlig hjemmesykepleie. Data ble innsamlet før, under og etter implementeringen. Dette ble gjort gjennom spørreskjema, felt notater, digitale bilder og videoopptak fra implementeringsprosessen. Resultatene viste ingen signifikant forskjell mellom test og kontrollgruppen når det gjaldt leggsårene til pasientene. Pasientene i testgruppen ble i tillegg til spørreskjemaet spurt to spørsmål om deres erfaring med bruk av videotelefon i kontakt med behandlende sykepleier. Deltakerne i testgruppen forklarte at det var utmerket å kunne bruke visuell kontakt ved kommunikasjon, men at de gjerne skulle ha blitt mer fortrolig med teknologien i forkant. Muligheten til å se den de snakket med var positivt og bidro til at

de ble roligere. Alle deltakerne i studien, begge gruppene, presiserte at det var lett å komme i kontakt med sykepleierne når de hadde behov for det.

I en kvantitativ studie fra USA av Finkelstein et al. (2004), var hensikten å demonstrere at omsorgsteknologi i hjemmet sørger for høy kvalitet, er klinisk nyttig og gir tilfredsstillende pasient interaksjoner. Dette var en randomisert kontrollert studie. Kontrollgruppen mottok kun hjemmesykepleie, den ene intervensjonsgruppen mottok hjemmesykepleie og kommunisere via en videotelefon med hjemmesykepleien. Den andre intervensjonsgruppen mottok hjemmesykepleie, videotelefonsamtaler og fysisk monitorering. Det var 19 deltakere i kontrollgruppen, 14 i videogruppen og 20 deltakere i video- og monitoreringsgruppen. Alle pasientene var fornøyde med tjenesten, men hos video/monitorerings-gruppen økte tilfredsheten signifikant. Den største økningen av tilfredshet innebar oppmerksomhet ovenfor bekymringer, følelse av trygghet, evnen til å møte behovene, og fleksibilitet i planleggingen.

Savolainen, Hanson, Magnusson og Gustavsson (2008) gjennomførte en kvalitativ studie der hensikten var å støtte hjemmeboende eldre og deres pårørende, forsterke deres uavhengighet og livskvalitet ved hjelp av informasjonsteknologi (et multimedia informasjonsprogram på PC) og videotelefon. Åtte brukere og fire helsepersonell deltok i studien. Data ble innsamlet gjennom semi-strukturerte intervju. Flertallet av brukeren forklarte at oppfølging gjennom videotelefon redusert deres følelse av ensomhet og isolasjon. Brukerne opplevde økt trygghet og flere av brukerne forklarte at de fikk en følelse av tilstedeværelse/nærhet fra helsepersonell under videotelefonsamtalene. Bortsett fra noen tekniske problemer, oppga de fleste av brukerne ingen andre ulemper.

Litteraturgjennomgangen viser at videotelefon har blitt brukt til ulike formål i helsetjenesten og at innholdet i tjenesten har vært alt fra medisinsk oppfølging av brukere med kroniske lidelser, oppfølging av palliative pasienter og deres pårørende, oppfølging av kroniske sår og støtte ensomme eldre. En begrensning ved flere av studiene som er presentert er at de har relativt få deltakere, dette gjelder både for de kvalitative og kvantitative. I flere av studiene kommer det fram at brukerne har brukt videotelefon kun over en kort tidsperiode. Studier med få deltakere og som går over en kort tidsperiode kan få betydning for resultatene og føre til begrenset innsikt i og kunnskap om eldre sine erfaringer med bruk av videotelefon i kommunikasjon med

helsepersonell. I flere studier var videotelefon kun en del av studien, fordi de testet ut monitoreringsteknologi i tillegg og dette kan føre til begrenset kunnskap og innsikt. Dette litteratursøket er ikke et uttømmende søk av tidligere forskning på videotelefon og hjemmeboende eldre, og det kan fortsatt være mer forskning på området enn hva som er presentert her.

1.8 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis gis det en oversikt over tematikken og bakgrunnen for studien. I Kapittel 2 presenteres det teoretiske rammeverket for studien. I kapittel 3 beskrives og gjennomgås den metodiske tilnærmingen. I kapittel 4 presenteres funnene fra intervjuene. I kapittel 5 drøftes funnene opp mot det teoretiske rammeverket, tidligere forskning og annen relevant litteratur. I kapittel 6 presenteres konklusjon, implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres studiens teoretiske rammeverk. I første del redegjøres det for hvem den hjemmeboende eldre kan være, deretter presenteres mediert kommunikasjon og videotelefonens anvendelsesområder. Videre presenteres i korte trekk opphavet til egenomsorg og Dorothea Orem sin egenomsorgsteori. Til slutt redegjøres det kort for hvordan videotelefon som verktøy kan bidra til egenomsorg.

2.1 Hjemmeboende eldre

Hjemmeboende eldre er en sammensatt gruppe med ulike behov og preferanser. Generelt sett er eldre mellom 60-75 år en sprek og selvhjulpen gruppe og har sjeldent behov for helse- og omsorgstjenester. Eldre i alderen 75 år og oppover er oftere mer preget av alderdommen, men også her ser en store forskjeller (Ranhoff, 2008a). Med økende alder svekkes kroppens funksjoner, og funksjonsnivået til den eldre vil kunne ha betydning for hvorvidt den eldre kan mestre å bo hjemme og hvor mye hjelp han eller hun trenger (Daatland & Solem, 2000). En akutt endring, som for eksempel et benbrudd, krever i noen tilfeller bare oppfølging og bistand inntil brukeren gjenvinner sitt tidligere funksjonsnivå. Andre ganger kan det være behov for hjelp i hjemmet i lengre perioder, slik som etter hjerneslag med uttalt tap av funksjonsevne. Eller ved gradvis funksjonstap over tid som for eksempel ved Parkinsons sykdom, muskel og skjelettlidelser eller ved kronisk obstruktiv lungesykdom (Fermann & Næss, 2008). Hos eldre med stor grad av sviktende hukommelse kan behovet for hjelp øke og føre til at bosituasjonen i eget hjem blir vanskeligere (Daatland & Solem, 2000). Mange eldre ønsker gjerne å fortsette å bo i eget hjem til tross for sviktende helse og økt hjelpebehov fordi de har tilknytningen til det lokale området og fordi de opplever trygghet i boligen som har vært deres hjem store deler av livet (Ribe & Høyland, 2005). Likevel kan eldre med økende alder og funksjonsnedsettelse føle seg isolert eller begrenset av sin fysiske helse som gjør at en ikke kommer seg ut slik som før. Eldre kan også føle større utrygghet i sitt eget hjem fordi en er ustødig og redd for å falle og bli liggende over lengre tid før hjelpen kommer (Alvsvåg, 2008).

2.2 Mediert kommunikasjon

Mediert kommunikasjon betyr at et teknisk medium som for eksempel telefon eller PC formidler kommunikasjonen og gjør det mulig å kommunisere på tvers av tid og sted (Whittaker, 2003). Medierte kommunikasjonsformer kan enten være synkrone eller asynkrone. Synkrone medier er for eksempel en videotelefon eller en telefon, mens asynkrone medier kan være e-post, fax eller en talemelding (Whittaker, 2003).

Mennesker kommuniserer med mer enn bare ord og under et fysisk møte mellom to eller flere personer får en tilgang til en rekke uttrykksformer som bidrar inn i samtalen (Eide & Eide, 2007; Goffman, 2005). Ved hjelp av kroppsspråk, utseende, adferd, ansiktsuttrykk, holdninger, tonefall og språk kan mennesker kommunisere noe til hverandre. Nonverbal kommunikasjon er en stor del av menneskets uttrykksform og betyr kommunikasjon uten ord. Nonverbale uttrykk som ansiktsuttrykk, gester, holdninger, blikk-kontakt og når en er helt stille har lenge blitt ansett som essensielt for å holde i gang og regulere sosial samhandling. Nonverbale tegn bidrar også til at en kan forme seg et inntrykk av motparten, det legger til rette for relasjoner og når en utvikler bekjentskap (Manstead, Lea & Goh, 2011; Eide & Eide, 2007).

Ved hjelp av synkronitet, nonverbal og verbal kommunikasjon kan videotelefonsamtaler legge til rette for at samtalepartnerne opprettholder en kommunikasjon som ligger nært opp til et fysisk møte (Håland & Toussaint, 2013; Goffman, 2005). Det at verbale og nonverbale uttrykk overføres samtalepartnerne i sanntid (umiddelbart og direkte), kan bidra til å forsterke følelsen av sosial og fysisk tilstedeværelse. Det vil si, følelsen av å være tilstede i samme rom eller nesten som å snakke ansikt-til-ansikt. Gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon kan relasjonen oppleves nær og styrket, fordi bildet tillegger talen en verdi (Manstead et al, 2011; Bitti & Garotti, 2011). De nonverbale uttrykkene som blir tilgjengelig i en videotelefonsamtale kan være av særlig betydning når det gjelder å sikre at mottakeren har forstått det som kommuniseres. For eksempel ved at en tydelig ser at samtalepartneren smiler når en overleverer en hyggelig nyhet. Tilgangen til lyd og bilde kan også være med på å understøtte kommunikasjonen når en snakker om noe som er vanskelig å forklare, tvetydig eller diffust. Videre kan det bidra inn i samtalens dynamikk og flyt ved at en lettere oppfatter når en person er ferdig å

snakke og ønsker at motparten svarer eller tar over ordet (Manstead et al, 2011; Bitti & Garotti, 2011).

Selv om videotelefonen har flere egenskaper som gjør at den ligner på fysiske møter er det også egenskaper som gjør at videotelefon skiller seg fra fysiske møter og i sin tur kan påvirke interaksjonen negativt. Under en videotelefonsamtale retter som oftest personene som snakker sammen blikket sitt rett mot den andre. Kameraet på en videotelefon (for eksempel laptop eller lignende) er ofte plassert på toppen av skjermen, ikke midt i der man gjerne fester blikket. Dette fører til at blikk-kontakten mellom samtalepartnerne ikke blir som ved et fysisk møte, og kan være både forstyrrende, og føre til at samtalepartnerne blir usikre på hvor den andre ser eller hva blikket betyr. For eksempel om den andre er uinteressert i å snakke videre (Bitti & Garotti, 2011). Et annet aspekt som gjør at videotelefonsamtalen skiller seg fra fysiske møter er muligheten til å tilpasse hvor nært man sitter eller står hverandre. Mennesker tilpasser ofte avstanden fra den man snakker med ut fra hvor godt man kjenner hverandre. Under en videotelefonsamtale får en ofte nærbilde av samtalepartneren og personen kan virke nærmere enn man ønsker. Brukerne kan forsøke å kompensere for dette ved å øke den sosiale distansen på andre måter. For eksempel ved å snakke om temaer av mindre personlig art (Parkinson & Lea, 2011). Under en videotelefonsamtale får man vanligvis opp bildet av både seg selv og den man snakker med. Dette skjer naturligvis ikke i et fysisk møte. Å både se seg selv og den man snakker med kan virke forstyrrende på samtalen ved at personene mister fokus eller retter oppmerksomheten mot bildet av seg selv i stedet for den man snakker med. Videre kan det for noen være krevende å måtte rette oppmerksomheten mot det visuelle bildet og de nonverbale tegnene som motparten formidler, og dermed distrahere personer fra det verbale som formidles i videotelefonsamtalen (Parkinson & Lea, 2011). Tekniske problemer med videotelefonløsningen eller nettverket kan føre til at det oppstår forsinkelser mellom lyd- og bildeoverføringen. Dette kan være irriterende og gjøre det er vanskelig å opprettholde en god samtale (Parkinson & Lea, 2011).

2.2 Videotelefonens anvendelsesområder

Videotelefon kan bidra på ulike måter i helsetjenesten, i spredtbygde deler av landet der reisetiden for helsepersonell ofte er flere ganger lengre enn tiden som anvendes hos brukeren, kan videotelefonsamtaler bidra til hyppigere oppfølging av brukeren (Aanesen, Lotherington, Olsen, Devold & Breivik, 2009). Tilsynsbesøk fra helsepersonell som ikke krever fysisk kontakt med brukeren eller omgivelsene rundt brukeren, kunne vært erstattet av videotelefonsamtaler. Andre ganger kan videotelefonsamtaler være et supplement til vanlig hjemmesykepleie, og kan bidra til hyppigere kontakt mellom den eldre og helsepersonell og som et resultat gi bedre oppfølging. Gevinsten kan være at sykdom eller lidelse oppdages på et tidligere tidspunkt, og en kan redusere langvarige sykehusopphold (Aanesen et al., 2009). Videotelefon kan blant annet anvendes ved tilsyn hos brukeren, for eksempel ”god morgen, god kveld” oppringing, og for å sjekke at pasienten har tatt medisinene sine (Willems, Spreeuwenberg, van der Heide, de Witte & Rietman, 2011). Andre ganger for å oppmuntre eller støtte pasienter og pårørende i spesielle situasjoner eller i forhold til smerte- og symptomhåndtering, der helsepersonell veileder og støtter pasient og pårørende (Stern et al., 2012). Videotelefonsamtaler kan også anvendes som et hjelpemiddel til veiledning av pasienter i sårstell, for eksempel til diabetikere som trenger oppfølging av sår over tid. Ved hjelp av videotelefon kan pasienten rådføre seg med en sykepleier som også får muligheten til å se såret (Jönsson & Willman, 2008). Andre anvendelsesområder, som blant annet blir anvendt i Norge, kan være ved sårkonsultasjoner der hjemmesykepleien reiser hjem til pasienten og ved hjelp av videotelefon overføres bilder av såret til andre sykepleiere eller spesialister (Hofstad, 2013). Dette kan være spesielt gunstig for pasienter som bor ute i distriktene, dersom de trenger hyppig observasjon, og til de som er for syk til å reise til omsorgssenteret eller sykehuset for rutinemessig observasjon (Hofstad, 2013; Finkelstein et al., 2004).

2.4 Egenomsorg

Denne studien ønsker å undersøke hvordan videotelefon kan være med på å styrke hjemmeboende eldre sin egenomsorg for at de skal kunne klare seg selv best mulig i hverdagen. En av de første som definerte egenomsorg var Levin (1979, s. 118), han

definerte det som en prosess der vanlige folk handler på egne vegner for å fremme helse, samt forebygge, avdekke og behandle sykdom. Opphavet til egenomsorgsteori har vært ulik innenfor de forskjellige fagfeltene (Høy, Wagner & Hall, 2007). Innenfor det medisinske fagfeltet ble egenomsorg forbundet med mestring av behandling og sykdom, og fokuset var rettet mot å overføre ansvaret for enkelte omsorgsområder fra helsepersonell til pasienten. Fra psykologien har egenomsorg vært knyttet til interne forhold ved helse og satt i sammen med begreper som selvbilde, troen på helse og kognitiv atferdsterapi. Innen sykepleie ble ideen om egenomsorg introdusert av Virginia Henderson i slutten av 1950-årene. Studier innenfor sykepleie som har tatt i bruk dette perspektivet har i hovedsak brukt Dorothea Orem sin egenomsorgsteori (Høy et al., 2007).

2.5 Dorothea Orem sin egenomsorgsteori

Orems teori benyttes i denne studien som et rammeverk for å forstå sykepleie og metoder som kan anvendes for å styrke den eldre sin egenomsorg. Teorien til Orem er omfattende og vil her omtales i korte trekk med henblikk på hva som er aktuelt i oppfølging av hjemmeboende eldre ved hjelp av videotelefon.

Den amerikanske sykepleielæreren og teoretikeren Dorothea Orem (1914 - 2007) sin sykepleieteori har hatt stor innflytelse innenfor sykepleie i mange land, deriblant Norge. Orem introduserte begrepet egenomsorg innenfor sykepleie på 1970-tallet (Høy et al., 2007, Kristoffersen, 2011). I følge Orem (2001) har mennesker en naturlig evne til egenomsorg, og sykepleiere bør fokusere på å påvirke den evnen. Egenomsorg defineres som "the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being" (Orem, 2001, s. 43). I begrepet egenomsorg står ordet "egen" for hele individet, innholdet i begrepet kan sies å være todelt og består av "for seg selv" og "gitt av seg selv" (Orem, 2001).

Egenomsorgsbehov

Egenomsorgsbehov innebærer at konkrete handlinger som er kjent eller antatt nødvendig må ivaretas for å regulere menneskets funksjon, utvikling og velvære (Orem,

1991). Orem beskriver tre ulike egenomsorgsbehov, disse er: de universelle, de utviklingsrelaterte og de som er forbundet med helseavvik. De universelle egenomsorgsbehovene tar utgangspunkt i menneskets grunnleggende behov. Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov omhandler behov relatert til menneskelige utviklingsprosesser, tilstander og episoder som oppstår i løpet av ulike stadier igjennom livet (for eksempel ved aldring). Egenomsorgsbehov som er forbundet med helsesvikt omhandler behov hos personer som er syke eller skadde, har ulike former for funksjonstap eller funksjonsbegrensninger, og personer som er under medisinsk behandling (Orem, 2001).

Egenomsorgskapasitet

Egenomsorgskapasitet er en kompleks tillært evne for å møte ens kontinuerlige behov for omsorg. Evnen til å utøve egenomsorg utvikles fra barndom til voksen alder gjennom sosialiseringprosessen og livserfaringer. Evnen påvirkes av helsetilstand og faktorer som påvirker evnen til å lære. For å kunne utøve egenomsorg må en ha kunnskaper om egenomsorgsbehovene, ferdigheter og et funksjonsnivå for å møte behovene og utføre handlingene, samt kognitive funksjoner og evner for å kunne vurdere og igangsette handlinger (Orem, 2001).

Egenomsorgssvikt

Egenomsorgssvikt innebærer at det er et misforhold mellom pasientens egenomsorgskapasitet og noen eller alle egenomsorgsbehovene. Når det er et slikt misforhold kan personen trenge hjelp fra en sykepleier. Misforholdet kan skyldes helsesvikt eller sykdom og at kravene til egenomsorg øker eller er nye for pasienten. Sykepleierens oppgave er å vurdere om det er samsvar mellom pasientens behov og evnene han eller hun har til å møte behovene (Orem, 2001).

Hjelpemetoder

For å hjelpe pasientene med å møte sine egenomsorgsbehov kan sykepleierne benytte seg av fem ulike typer hjelpemetoder, disse er:

1. Gjøre for eller handle for en annen
2. Veilede og rettlede
3. Bidra med fysisk eller psykisk støtte
4. Tilrettelegge og opprettholde for et miljø som støtter personlig utvikling
5. Undervise (Orem, 2001, s. 56)

Gjøre for eller handle for en annen, innebærer at sykepleieren kompenserer for pasientens egenomsorgssvikt. Sykepleieren tar initiativ til omsorgshandlinger og utfører dem for pasienten (Orem, 2001).

Veilede og rettlede er en hjelpemetode sykepleieren bruker for å bistå pasienten under planlegging og utføring av egenomsorgshandlinger. Veiledningen som gis skal ha en hensikt, og kan enten være i form av forslag, instruksjoner, rettleiding eller tilsyn. Metoden forutsetter at sykepleieren og pasienten kommuniserer med hverandre, at pasienten er motivert og i stand til å utføre de handlingene som er nødvendige. Veiledning utføres gjerne i kombinasjon med å støtte en annen (Orem, 2001.)

Å bidra med fysisk eller psykisk støtte betyr å understøtte pasientens anstrengelser og forhindre at vedkommende mislykkes eller unngår en ubehagelig situasjon eller avgjørelse. Hjelpemetoden kan bidra til at pasienten får trygghet og motivasjon til å utføre egenomsorg. Gjennom oppmuntring og støtte er hensikten å sette pasienten i stand til å kontrollere og gjennomføre bestemte handlinger eller for å ta en beslutning (Orem, 2001).

Tilrettelegge og opprettholde et miljø som støtter personlig utvikling, innebærer at sykepleieren sørger for eller bidrar til å tilrettelegge forhold i omgivelsene som motiverer pasienten til å etablere hensiktsmessige mål og justere adferd for å oppnå resultater som er i samsvar med målene. Forhold som fremmer utvikling kan være psykososiale eller fysiske, og det er det totale miljøet, ikke bare enkelte deler av det, som fremmer utvikling. Et miljø som fremmer utvikling innebærer også å fremme ansvar, sosial deltakelse med andre og læring (Orem, 2001).

Undervisning som metode benyttes når pasienten trenger å tilegne seg og utvikle sine kunnskaper eller lære seg spesielle ferdigheter. Metoden forutsetter at pasienten er mentalt forberedt på å lære, er klar over at han eller hun mangler kunnskaper og er

interessert i å lære. Sykepleieren vurderer pasientens bakgrunn og erfaring, livsstil og vaner i dagliglivet, og måter å oppfatte og tenke på (Orem, 2001).

Orems teori har flere likhetstrekk med Virginia Hendersons sykepleieteori, og Hendersons teori kunne ha vært aktuell for denne studien. Jeg har valgt Orems teori fordi hun har utviklet deler av teorien når det gjelder egenomsorgsbehov og fordi teorien er bearbeidet fram til siste utgivelse som var i 2001 (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, 2011). Kritikken av Orems teori har blant annet rettet seg mot de mange begrepene som brukes og manglende konsistens mellom dem, og at teorien kan være utfordrende å anvende i forskning og praksis. Deler av teorien lar seg vanskelig anvende til noe annet enn å inndele ulike pasienters behov inn i ulike kategorier, da det ikke gis konkrete retningslinjer for å oppfylle de egenomsorgsbehovene som trekkes frem (Kirkevold, 1992).

2.6 Egenomsorg og videotelefon

Hensikten med å ta i bruk videotelefon for samhandling med helsepersonell er å gi hjemmeboende eldre økt trygghet og selvstendighet, samt mulighet til å bo lenger hjemme på en måte som de selv ønsker (Teknologirådet, 2009). En oversiktsartikkel av Høy et al. (2007) viser at evnen til egenomsorg er en sentral helseressurs hos eldre, og at egenomsorg er en avgjørende faktor for å mestre dagliglivet i eget hjem. Egenomsorg rettet mot å mestre dagliglivet handler om evnen til å ivareta sine grunnleggende behov, evnen til å realisere sine mål samt evnen til å takle spesifikke helseproblemer. Kirkevold (2008) peker på at for svært mange eldre vil motivasjonen for egenomsorg være muligheten til å leve et selvstendig og uavhengig liv i sitt eget hjem til tross for alderdommens begrensninger.

Orem (2001) sin teori viser at sykepleie består av mer enn bare å utføre prosedyrer, administrere injeksjoner og behandling igangsatt av en lege. Sykepleie består også i stor grad av å gi råd og veilede, gi psykisk støtte samt undervise pasienter og pårørende. Flere av de viktige aspektene ved helsepersonells oppgaver kan utføres ved virtuelle besøk. Herunder vurdering av pasientens medisinske tilstand, opplæring og veiledning, fremme pasientens egne evner til å etterleve behandling og egenomsorg, samt diskutere

personlige temaer og følge opp psykososiale behov (Botisis & Hartvigsen, 2008; Dansky et al., 2008; Demiris, Speedie & Finkelstein, 2001). Ved økt alder kan eldre oppleve at tilgangen til informasjon om helse og sykdom og sosiale tjenester blir mindre tilgjengelig. Informasjonen som finnes tilgjengelig på internett eller i brosjyrer er ikke alltid tilpasset eldre sine individuelle forutsetninger. Her kan videotelefon bidra ved å tilby informasjon, råd og veiledning på en personlig og interaktiv måte, tilpasset deres individuelle forutsetninger (Arnaert & Delesie, 2001). Aanesen et. al. (2009) trekker fram at videotelefon kan bidra til hyppigere kontakt mellom helsepersonell og pasient samt gi bedre oppfølging. Dette gir helsepersonell mulighet til å kontinuerlig gi råd, veilede pasienten, bidra med psykisk støtte og undervise. I løpet av en dag der pasienten møter utfordringer knyttet til egenomsorg, kan hyppige tilsyn over videotelefon være med på å holde motivasjonen oppe hos pasientene og synliggjøre deres ressurser (Arnaert & Delesie, 2001; Dansky et al., 2008; Demiris et al., 2001).

3.0 Metode og metodiske overveielser

I dette kapitlet presenteres metoden som er anvendt i denne studien og metodiske overveielser. Jeg vil her redegjøre for studiens design, beskrive datainnsamlingsmetoden og forskerens rolle. Videre presenteres forskningsetiske vurderinger, utvalg av informanter og hvordan rekrutteringen har foregått. Deretter beskrives utforming av intervjuguiden, gjennomføringen av intervjuene og transkribering. Til slutt presenteres og gjennomgås analysen, samt studiens validitet og reliabilitet.

3.1 Forskningsdesign

Denne studien fokuserer på bruk av videotelefon i kommunikasjon mellom hjemmeboende eldre og helsepersonell. Hensikten er økt kunnskap om og innsikt i hjemmeboende eldre sine opplevelser og erfaringer med å bruke videotelefon og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg. Med bakgrunn i dette ble en kvalitativ metode med et eksplorerende design vurdert som best egnet. Kvalitativ metode egner seg når forskeren er ute etter å utforske menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2011). I følge Johannessen, Tuft og Christoffersen (2010) anvendes et eksplorerende design når forskeren ønsker å utforske forhold eller fenomener som vi på forhånd har liten eller ingen kunnskap om. Litteraturgjennomgangen, se kapittel 1, viser at det ikke er gjort mange studier for å undersøke hjemmeboende eldre sine erfaringer og opplevelser med å bruke videotelefon. I tillegg er det begrenset med forskning som undersøker bruk av videotelefon som verktøy for å støtte den eldre sin egenomsorg.

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

I denne studien har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi er både en filosofi og et kvalitativt forskningsdesign. Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) blir ansett for å være fenomenologiens grunnlegger (Thornquist, 2003). I fenomenologien rettes fokus mot verden slik personen selv erfarer den og forskeren er ute etter å beskrive hvordan det enkelte mennesket opplever seg selv, sitt liv og

opplevelser som angst, ansvar, skyld, mening med livet og lidelsen, og relasjoner til andre mennesker (Thornquist, 2003). En fenomenologisk tilnærming innebærer at forskeren søker etter å utforske og beskrive menneskers erfaringer samt få innsikt i deres opplevelser av et fenomen. Målet for forskeren er økt forståelse av det studerte fenomenet og å se verden sett igjennom informantens øyne, og det er informantens subjektive erfaringer og beskrivelser som står i sentrum for intervju og analyse (Kvale & Brinkmann, 2009; Johannessen et al., 2010; Thornquist, 2003). En fenomenologisk tilnærming ble i denne studien valgt fordi jeg ønsket å få økt forståelse og innsikt i informantens egne perspektiver og erfaringer med bruke videotelefon som et verktøy i kommunikasjon med helsepersonell, og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg.

3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Datainnsamlingsmetoden i denne studien var individuelle kvalitative forskningsintervju. Et forskningsintervju er en profesjonell samtale mellom to personer der formålet er å forstå verden sett fra informantens ståsted og for å få innsyn i deres opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Under intervjuet søker forskeren å være åpen for det informanten forteller og mot uventede sider ved fenomenet som studeres. Forskningsintervjuet skiller seg fra en åpen dagligdags samtale ettersom det er forskeren som styrer intervjuet ved å bestemme temaene og hvilke spørsmål som tas opp (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuet har en profesjonell agenda og en bestemt struktur. Forskeren kan forfølge et bestemt utsagn ved å stille utdypende spørsmål. Dette for å innhente nyanserte og fyldige beskrivelser. Under intervjuet kan også forskeren stille fortolkende spørsmål for å sikre seg at en har forstått det informanten forsøker å formidle (Kvale & Brinkmann, 2009). Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene ble individuelle intervju vurdert som best egnet for denne studien, fordi de som intervjues kan fortelle om sine opplevelser, synspunkter og erfaringer (Thagaard, 2009). Fokusgruppeintervju hadde også vært en mulighet, men av praktiske årsaker valgte jeg ikke den metoden. Jeg ønsket å utføre intervjuene hjemme hos informantene da jeg visste at mange hadde en sykdom som gjorde at det var enklest og minst belastende at jeg kom hjem til dem. Jeg ønsket også å unngå at de avlyste fordi de var for dårlige til å møte meg en annen plass.

3.2.1 Forsker rollen

I kvalitativ forskning er forskerinvolveringen sterk og forskeren som person påvirker i ulik grad forskningsprosessen og resultatene (Malterud, 2011). I en intervjusituasjon vil det vanligvis være en asymmetrisk maktrelasjon mellom forsker og informant, fordi det er forskeren som bestemmer spørsmålene, og selve situasjonen kan lett minne om et forhør eller en eksamen (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskeren kan på ulike måter påvirke informantens svar, i en intervjusituasjon kan informanten føle seg underlegen og svare det han eller hun tror forskeren vil høre istedenfor å komme med sine egne meninger (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Jeg innledet alle intervjuene med å forklare at det ikke var noen rette eller gale svar, men at det var deltakerens egne meninger og opplevelser jeg var ute etter. I følge Johannessen et al. (2010) må det være en balansegang i forskerens fremtreden, for eksempel kan overdreven niking og bekræftelser på at dette er en enig i styre informantens svar og svekke intervjuets gyldighet. På den annen side vil for stor tilbakeholdenhet kunne føre til at informanten opplever at intervjueren er uinteressert og bli taus. Jeg forsøkte under intervjuene å være imøtekommende, vennlig og aktivt lytte til hva informanten sa, og unngå å stille ledende spørsmål.

Forskerens forforståelse er også et aspekt som kan påvirke forskningsprosessen, og innebærer forskerens erfaringer, teoretiske kunnskaper og faglige perspektiv (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Forskerens erfaring og kunnskap kan bidra positivt som en styrke ved at informantens erfaringer og holdninger bekrefter ens antakelser (Malterud, 2011). Imidlertid kan det skape utfordringer, fordi en er så farget av egen forforståelse at en overser viktige aspekter som ikke er i tråd med tidligere erfaringer. For å klare å komme fram til noe annet enn det en allerede hadde en antakelse om, må en være åpen for funn som strider mot egen forforståelse og heller være nysgjerrig på overraskende konklusjoner (Malterud, 2011). Jeg har gjennom hele prosessen tilstrebet bevissthet omkring min egen forforståelse, både styrker og svakheter, for at aspekter som kan skade prosessen forebygges (Malterud, 2011). Jeg har i innledningen redegjort for min forforståelse, dette skal bidra til å gjøre studien mer transparent og for at leseren skal kunne vurdere om min forforståelse kan ha påvirket studien på noen måte (Malterud, 2011).

3.3 Forskningsetiske vurderinger

Forskning er underlagt etiske prinsipper og gjeldende lovverk. Dette er for å beskytte mennesker mot forskning som kan skade og for at personlige opplysninger ikke skal komme på avveie (Johannessen et al., 2010). Safer@home arbeidspakke 4, som denne studien er en del av, ble framlagt for vurdering hos Regional Etisk Komité (REK). Det var ikke nødvendig å søke tillatelse fra REK fordi studien ikke var ute etter å framskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Imidlertid måtte studien være godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som er personvernombudet for forsknings- og studentprosjekter som utføres på høyskoler og universiteter (Johannessen et al., 2010). Studien var meldepliktig fordi jeg under intervjuene fikk tilgang til personopplysninger, det vil si opplysninger som gjør det mulig å identifisere den enkelte informant, som for eksempel kjønn, alder og sivilstatus. I tillegg ble intervjuene tatt opp på lydbånd (Thagaard, 2009; Johannessen et al., 2010). Som en del av Safer@home ble studien min godkjent av NSD den 05.09.13, og jeg ble navngitt som masterstudent knyttet til prosjektet og arbeidspakke 4 (Vedlegg 4).

For å ivareta de etiske og juridiske retningslinjene for forskning fikk alle informantene tilsendt skriftlig informasjon. Her ble studiens mål og hensikt gjort rede for, hva materialet fra studien skal brukes til, at deltakelsen i studien var frivillig og at en kunne trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn og at alt av data ville bli slettet (Vedlegg 1). Dette skulle danne grunnlag for et informert samtykke. Før intervjuets start og før innhenting av skriftlig samtykke ble studiens mål og hensikt gjengitt muntlig og informantene ble igjen opplyst om at deltakelsen i studien var frivillig. Informantene fikk også informasjon om at deres besvarelser ville bli anonymisert og at opplysningene gitt i intervjuet ville bli behandlet konfidensielt, samt at jeg som forsker har taushetsplikt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Lydopptak, notater og transkripsjoner kan inneholde sensitiv informasjon, og må derfor oppbevares på en sikker måte slik at ikke sensitiv informasjon kommer på avveie (Johannessen et al., 2010). Jeg skrev ikke navn på notater, transkripsjoner og jeg oppga heller ikke navnet på deltakeren under lydopptakene, for at det skulle være vanskeligere å identifisere informantene dersom noe skulle komme på avveie eller bli stjålet. Koblingsnøkkelen som koblet sammen informantene med de forskjellige numrene på

intervjuene, ble oppbevart i en låsbar safe i mitt private hjem. Alle transkripsjonene ble oppbevart på en egen minnepenn, denne ble kun brukt i mitt private hjem slik at den ikke skulle komme på avveie. Lydopptak ble fortløpende slettet etter hvert som de hadde blitt transkribert. Anonymisert materiale oppbevares inntil prosjektet Safer@home avsluttes og slettes senest innen utgangen av 2016. Alt materialet som presenteres i denne studien har blitt anonymisert. Institusjoner og stedsnavn har fått dekknavn som ikke kan spores tilbake til deres opprinnelige navn slik at taushetsplikten og informantenes konfidensialitet ivaretas.

3.4 Utvalg

For å få innsikt i hvordan hjemmeboende eldre opplever og hvilke erfaringer de har med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell valgte jeg å gjøre et strategisk utvalg. Det innebærer å inkludere informanter som har relevant kunnskap og erfaring for å belyse problemstillingen. Informantene blir også bevisst valgt ut fordi de har kjennskap til fenomenet (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Med bakgrunn i dette var inklusjonskriteriene som følger:

- hjemmeboende eldre i alderen 60-95 år
- har eller har hatt videotelefon
- begge kjønn

Antall informanter handler om å oppnå det en kaller for metning, det vil si at en fortsetter å intervju informanter inntil en ikke lengre får noe ny informasjon (Johannessen et al., 2010). Før jeg gikk i gang med å rekruttere siktet jeg mot å inkludere 10-12 informanter. Fordelen med et begrenset antall informanter i en kvalitativ studie er at en får mulighet til å gå mer i dybden under analysen (Thagaard, 2009). I denne studien var det noen utfordringer knyttet til å rekruttere informanter. Det er ikke mange eldre som har erfaring med å bruke videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell og som er i aldersgruppen 60 til 95 år. For å få et tilstrekkelig antall informanter ble derfor to deltaker under 60 år inkludert i studien.

3.4.1 Presentasjon av informantene

I denne studien intervjuet jeg 14 personer. Alderen på informantene varierte fra 56 til 90 år, to av informantene var under 60 år, mens flertallet var mellom 66 og 85 år (gjennomsnitts alder 73 år). I studien var det ni kvinner og fem menn. Flere av deltakerne var opprinnelig fra ulike deler av landet, men på intervjudtidspunktet var de bosatt i to ulike geografiske områder, nord og vest i Norge. Det ene geografiske området var noe større enn det andre, begge områdene var tilknyttet en by. Det var variasjon i utdanning og yrkesaktivitet hos informantene, kun to var fortsatt i arbeid, men ingen var i full jobb. Flertallet var pensjonert eller uføretrygdet. Alle intervjudeltakerne bodde i sitt eget hjem, og fem av de bodde sammen med samboer eller ektefelle. Fem mottok hjemmesykepleie i ulik grad, noen fikk hjelp til stell og påkledning, andre til praktiske oppgaver, noen fikk hjelp til sårstell og andre fikk hjelp til administrering av medisiner. Det var ulikt hvor lenge intervjudeltakerne hadde hatt videotelefon. Noen hadde bare hatt videotelefon i et par dager, andre hadde hatt den i to uker, og kun en hadde hatt videotelefon i ett år. Et par av informantene hadde hatt videotelefon gjentatte ganger. Det var ulik årsak til at deltakerne hadde hatt videotelefon. Noen hadde hatt videotelefon etter å ha blitt invitert med på et prosjekt som skulle prøve ut videotelefon og hvordan en eventuell tjeneste skulle bli utformet. Videotelefon ble også benyttet som en del av oppfølgingen fra hjemmetjenesten, som det ene av to daglige tilsyn. Flertallet hadde hatt videotelefon inntil to uker etter et sykehusopphold der de hadde fått oppfølging på grunn av en alvorlig kronisk lidelse.

3.4.2 Utvelgelsen av informanter

Etter godkjenning fra NSD gikk jeg i gang med rekrutteringen. For å få adgang til forskningsfeltet og komme i kontakt med personer som kunne hjelpe meg å rekruttere intervjudeltakere anvendte jeg snøballmetoden. Dette er en metode som går ut på at forskeren kontakter personer som har god kjennskap til temaet som skal studeres og spør om de kjenner til noen i målgruppen som kan være aktuelle å intervju eller vet om andre personer som kan hjelpe med å rekruttere informanter (Johannessen et al., 2010). Jeg startet først med å kontakte ledere for helse- og omsorgstjenester i forskjellige kommuner nord og vest i Norge. Jeg spurte lederne om de hadde kjennskap til steder innenfor kommunen hvor videotelefon hadde blitt brukt i kommunikasjon mellom

hjemmeboende eldre og helsepersonell og om de hadde muligheten for å rekruttere deltakere. Noen få av de jeg snakket med hadde kjennskap til steder der videotelefon hadde blitt brukt og jeg fikk tips om hvem og hvor jeg skulle ta videre kontakt. I det ene geografiske området fikk jeg til slutt kontakt med en kommune som hadde en bruker som hadde hatt videotelefon. Mens i det andre geografiske området fikk jeg kontakt med en prosjektleder som hadde hatt et pilotprosjekt med videotelefon som hadde hatt åtte deltakere. Av disse åtte deltakerne takket kun tre ja til intervju. Jeg fortsatte videre søket etter informanter og ble tipset av veileder om et prosjekt som hadde pågått i den ene av de to geografiske områdene. Etter hvert kom jeg i kontakt med prosjektleder for prosjektet som hadde 250 brukere som hadde hatt videotelefon. Det var noe ulik utvalgsmetode for de to ulike geografiske områdene. I det ene ble alle som hadde erfaring med videotelefon spurt om de ville delta. Mens i det andre geografiske området som hadde 250 brukere som hadde hatt videotelefon, ble jeg enig med prosjektleder og veileder at vi ville ha et tilfeldig utvalg. Jeg trakk da nummer fra en skål med 250 lapper og oppga numrene til prosjektleder som fant fram til brukerne i sin database. Da det viste seg at flere av brukerne ikke lengre var i livet måtte jeg trekke nye lapper. Jeg endte til slutt opp med 14 informanter. Det var tilsammen 12 personer som takket nei til å delta i studien.

3.4.3 Rekruttering

Framgangsmåten for rekrutteringen foregikk ved at kontaktpersonene som skulle hjelpe meg fikk tilsendt skriftlig informasjon om studien med inklusjonskriterier og informasjonsskrivet som skulle gis til informantene. Deretter tok kontaktpersonene i de to geografiske områdene kontakt per telefon med aktuelle deltakere og forklarte kort om studiens hensikt og hvorfor de ble spurt om å delta i studien. De eldre brukerne som takket ja til å bli intervjuet ble spurt om tillatelse til at jeg kunne kontakte de videre per post og per telefon for å avtale tid for intervju. Videre sendte jeg selv ut informasjonsskrivene per post, og tok deretter kontakt per telefon for å avtale intervjudtidspunkt. Jeg valgte personer som ikke var direkte involvert i mitt forskningsprosjekt til å bidra med å rekruttere informantene. Hensikten med dette var å sikre at deltakelsen i intervjuene var frivillig og for å unngå at jeg som forsker la press på de som ble spurt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013).

3.5 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide er et manuskript som inneholder de temaene og spørsmålene som skal tas opp under intervjuet. Intervjuspørsmålene utarbeides i samsvar med studiens problemstilling og de temaene studien søker å belyse. Spørsmålene bør være korte og enkle, og ordlyden må tilpasses og omformuleres i tråd med intervjupersonenes dagligspråk (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom forskningsprosjektet Safer@home, fikk jeg tilgang til en intervjuguide som hadde blitt brukt i kartleggingsfasen av prosjektet. Denne intervjuguiden var utformet for pasienter og pårørende for å få innsikt i deres erfaringer fra velferdsteknologiprojekter, først og fremst videotelefontjenester. Hovedfokus var erfaringer og behov knyttet til opplæring og brukerstøtte. Med utgangspunkt i intervjuguiden fra Safer@home utformet jeg i samarbeid med veileder en intervjuguide for denne studien. Flere av spørsmålene i den opprinnelige guiden som var i tråd med min problemstilling ble valgt ut og inkludert i min intervjuguide, noen spørsmål ble omformulert for å passe bedre til min studie. I tillegg la jeg til tre spørsmål som var rettet mot egenomsorg. I samsvar med den opprinnelige intervjuguiden valgte jeg å ha delvis strukturerte intervju, der temaene og spørsmålene som skulle tas opp under intervjuet ikke hadde en fastlagt rekkefølge. Dette ble gjort for å gi mer frihet og fleksibilitet under intervjuet som igjen kunne gi informanten større frihet til å uttrykke seg og bidra til fyldigere og mer detaljerte beskrivelser fra informantene (Johannessen et al., 2010).

3.5.1 Pilotintervju

Før jeg gikk i gang med intervjuene utførte jeg et pilotintervju med et mannlig familiemedlem som var 60 år og hadde litt erfaring med bruk av lyd- og bildekommunikasjon for private formål. Hensikten med pilotintervjuet var å øve meg på intervjusituasjonen og for å sjekke om intervjuguiden hadde forståelige spørsmål. Pilotintervjuet var lærerikt og noen av spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden ble tildelt støttespørsmål for å ha alternativer hvis informantene ikke forstod hva jeg spurte om.

3.6 Gjennomføring av intervju

Gjennomføringen av intervjuene foregikk i to omganger, de første intervjuene fant sted i overgangen mellom november og desember 2013, og de resterende intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2014. I flere av intervjuene ble rekkefølgen på intervjuguiden endret totalt, fordi informanten bevegde seg inn på temaer som kom senere i guiden. Siden jeg hadde bestemt meg for en delvis strukturert intervjuguide, fulgte jeg opp med spørsmålene som tilhørte det temaet vi da kom inn på. Så gikk jeg heller tilbake å så over om det var noen temaer vi hadde hoppet over. Det var veldig forskjellig hva intervjudeltakerne hadde å svare og fortelle på de ulike spørsmålene. Under noen av intervjuene der jeg hadde problemer med at informantene ikke svarte på det jeg spurte om eller ikke forstod spørsmålet, kom jeg fram til nye støttespørsmål eller endret på ordlyden på spørsmålene. Dette skrev jeg ned og inkluderte i intervjuguiden slik at jeg kunne benytte disse støttespørsmålene i de neste intervjuene hvis det var behov for det.

Under intervjuene benyttet jeg meg av en båndopptaker for å ta opp samtalen, slik at jeg kunne konsentrere meg om selve intervjuet og stille utdypende spørsmål, uten å bekymre meg for at det som ble sagt ikke ville bli husket i ettertid. Ved bruk av lydopptak får en ikke med seg kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Kvale & Brinkmann, 2009), derfor valgte jeg å notere underveis eller rett etterpå i tillegg ved noen av intervjuene der informantene hadde brukt kroppsspråk for å illustrere eller forsterke hva de snakket om. Alle informantene samtykket til at jeg kunne bruke båndopptaker under intervjuet, kun en av informantene ba meg skru av båndopptakeren mens hun skulle fortelle om noe. Dette imøtekom jeg naturligvis.

På grunn av utfordringene med å få nok informanter var jeg fleksibel angående tidspunktene for intervjuene og forsøkte å legge de opp etter det som passet informantene best. Alle intervjuene var hyggelige og jeg følte det var en god tone mellom meg og informantene. Den første intervjudeltakeren var ivrig og spurte mange spørsmål, og det gjorde meg oppmerksom på at jeg gjerne burde fortelle om min egen bakgrunn. Under de neste intervjuene falt det seg naturlig å fortelle litt om meg selv, hvor jeg kom fra og hva jeg jobbet med. Det virket som om informantene syntes det var helt greit, og det kan ha bidratt til å lette på stemningen før intervjuet når de fikk vite

noe om den som skulle intervju de. Etter alle intervjuene og båndopptakeren var slått av satt jeg av tid til å snakke om andre ting hvis dette var ønskelig, slik at deltakerne ikke skulle oppleve at jeg var uhøflig og bare gikk etter at jeg hadde fått intervjuet de.

Selve intervjusituasjonen var ny og ukjent for meg og jeg syntes det var utfordrende å stille oppfølgingsspørsmål og å be informantene utdype det de fortalte hvis de var inne på noe som vekket interesse. Jeg hadde utført over halvparten av intervjuene før jeg selv så noen forbedring hos meg selv når det gjaldt oppfølgingsspørsmål. I ettertid ser jeg at jeg med fordel burde hatt lengre tid mellom hvert intervju slik at jeg kunne ha fått lest igjennom intervjuene og reflektert over intervjusituasjonen, og hvor og når jeg burde stille oppfølgende spørsmål.

3.6.1 Hvor ble intervjuene utført

Konteksten der hvor intervjuet foregår kan spille en rolle og må tas i betraktning, det anbefales at informant og forsker møtes på et nøytralt sted. Foregår for eksempel intervjuet på et sykehus kan dette påvirke informanten ved at det vekker liv i tidligere opplevelser (Johannssen et al., 2010). I informasjonsskrivet som informantene fikk, opplyste jeg om at intervjuene fortrinnsvis ville foregå hjemme hos intervjudeltakerne, eventuelt et annet sted hvis det var ønskelig. Alle intervjuene ble utført hjemme hos informantene, med unntak av et som ble gjennomført over telefonen. Dette ble gjort til tross for at Johannssen et al. (2010) peker på at hjemmet til informanten ikke alltid er den mest ideelle arenaen for et forskningsintervju, fordi husdyr og andre forstyrrelser kan stjele fokuset fra intervjuet. Det oppstod noen forstyrrelser under et par av intervjuene, dette løste jeg med å skru av båndopptakeren hvis det for eksempel kom noen på besøk eller pårørende kom inn i rommet og spurte informanten om noe. Det virket ikke til å påvirke intervjuet i noen stor grad annet enn at det tok litt lengre tid. Etter forstyrrelser slo jeg på båndopptakeren og minnet informanten om hva han eller hun hadde snakket om før forstyrrelsen, de snakket da enkelt videre om det de var inne på.

3.6.2 Transkribering

Transkribering betyr at de muntlige utsagnene blir gjort om til tekst og vil dermed egne seg bedre til analyse (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg gikk kort tid etter hvert enkelt intervju var gjennomført, i gang med å transkribere. Å transkribere var en tidkrevende prosess som krevde stor konsentrasjon, men det var også spennende og jeg oppdaget styrker og svakheter med mine intervjuferdigheter. Det var god lyd kvalitet på opptakene, under transkriberingen forsøkte jeg så nøyaktig som mulig å gjengi det informantene sa, ved å spole fram og tilbake i hvert enkelt lydopptak. Dialekt ble skrevet om til bokmål, både for anonymiseringen sin del, men også for å gjøre analysen og det videre arbeidet med tekstene mer anvendelige. Navn på personer, steder og institusjoner ble anonymisert mens jeg transkriberte. Der informantene sier ”øh” eller ”uhm” eller liknende, valgte jeg å legge inn prikker mellom setninger og ord. Fordi noen av intervjuene var lange og inneholdt en del avsporinger valgte jeg å kutte vekk lange avhandlinger som var helt utenfor mitt tema og forskningsspørsmål, i de tilfeller jeg var usikker på om det de snakket om egentlig var utenfor mitt tema tok jeg det med for sikkerhets skyld. Det ferdig transkriberte materialet utgjorde 182 sider med tekst med enkel linjeavstanden og bestod av 76446 ord.

3.7 Analyse

Analyse av kvalitative data handler om å bygge bro mellom rådata og resultater, det transkriberte intervjuet må gjøres håndterlig ved å systematisere materialet og deretter følger fortolkning og en sammenfatning (Malterud, 2011). Analysemetoden jeg har valgt å anvende er systematisk tekstkondensering inspirert av Kirsti Malterud (2011). Malterud (2011) anvender en fenomenologisk tilnærming og er en modifisering av Giorgis fenomenologiske analyse. Systematisk tekstkondensering er en trinnvis framgangsmåte for å komme fram til meningsinnholdet i teksten, metoden deles opp i fire analysetrinn: helhetsforståelse, meningsbærende enheter og koding, kondensering og sammenfatning. Analysemetoden ble vurdert som egnet i denne studien fordi den vektlegger menneskers erfaringer og søker forståelse og innsikt i deltakernes egne perspektiver og beskrivelser.

3.7.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

Første trinn i analysen innebærer i følge Malterud (2011) å danne seg helhetsinntrykk og få overblikk over det transkriberte materialet. Forskeren skal her forsøke å sette seg selv i ”parentes” for være åpen for det informantene uttrykker, og foreløpig legge vekk forforståelsen og det teoretiske rammeverket. Det er informantens stemme som skal komme fram under gjennomlesningen (Malterud, 2011). Jeg startet med å lese igjennom alle intervjuene og skrev ned på et eget ark på siden foreløpige temaer som dukket opp under gjennomlesningen. Jeg endte først opp med mange setninger og temaer som egentlig omhandlet det samme, og måtte derfor leste materialet igjen og få veiledning. Malterud (2011) foreslår at en holder seg til fire til åtte temaer i denne fasen. Etter veiledningen endte jeg opp med fem foreløpige temaer:

- Kontakt med helsepersonell
- Betydning av kontakten
- Informasjon
- Interaksjonen
- Begrensninger

3.7.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Neste trinn i analysen innebærer å sette materialet i system for å studere det nærmere. Her skal man finne fram til det som kalles meningsbærende enheter, det vil si deler med tekst som inneholder kunnskap og informasjon om ett eller flere av temaene som ble identifisert i det første trinnet (Malterud, 2011). Jeg leste grundig igjennom alle intervjuene i utskrevet form og markerte med penn de meningsbærende enhetene i teksten slik at jeg enkelt skulle finne tilbake til dem. I følge Malterud (2011) skal en samtidig begynne å kode materialet. Dette innebærer å identifisere og organisere de meningsbærende enhetene. Kodingen foregikk ved at jeg på nytt leste igjennom materialet, og markerte tekstutdrag med en kode i margin. Deretter satt jeg ved datamaskinen og samlet de ulike kodegruppene i et hjelpeskjema, slik at tekstutdrag som omhandlet den samme koden ble plassert under hverandre. Jeg oppdaget underveis at enkelte meningsbærende ikke passet inn under den koden jeg hadde tildelt den og jeg

måtte gå tilbake og se om den i stedet passet under en annen kode. Mens jeg arbeidet med dette trinnet hadde jeg framlegg for medstudenter, veileder og emneansvarlig. Her fikk jeg tilbakemelding på at jeg måtte ”gå nærmere mitt materiale” og at kodene jeg hadde valgt var for generelle. Etter flere runder og innspill fra veileder ble kodene utbedret. Jeg fortsatte gjennom de neste trinnene i analysen å omformulere og utbedret kodene, til slutt kom jeg fram til følgende koder:

1. Brukernes holdninger til videotelefon og erfaringer med informasjon- og kommunikasjonsteknologi
2. Videotelefonsamtalen - ”Som å snakke ansikt til ansikt”
3. ”Kontakt med ett trykk” - Videotelefon et verktøy for å få kontakt med helsepersonell
4. Å spørre og få svar
5. ”Det lettet mye på trykket” - Psykisk støtte gjennom videotelefonsamtalen

3.7.3 Kondensering – fra kode til mening

Tredje trinnet kalles kondensering. Her skal en trekke ut meningsinnholdet som ligger i de etablerte kodene fra forrige trinn. I tråd med Malteruds (2011) framgangsmåte tok jeg for meg alle de meningsbærende enhetene som var plassert under en kode og forsøkte å finne likheter og ulikheter mellom de meningsbærende enhetene for å dele de inn i såkalte subgrupper. Videre skal man danne et kunstig sitat ved hjelp av sitater fra flere intervjudeltakere, dette kalles kondensering (Malterud, 2011). Det er kondensatet som danner utgangspunktet for presentasjonen av resultatene fra studien. Etter jeg hadde delt opp de meningsbærende enhetene fra en kode inn i subgrupper, tok jeg for meg sitatene fra en og en subgruppe. Disse ble skrevet om til ”jeg” form og satt sammen i en sammenhengende tekst, det vil si et kondensat som inneholdt essensen av en subgruppe. Deretter valgte jeg ut ett eller flere sitater som på en treffende måte illustrerte teksten jeg hadde sammenfattet. Denne framgangsmåten gjentok jeg med de resterende kodene.

På dette trinnet oppstod den en del utfordringer som til dels begynte å vise seg i det forrige trinnet. Flere av de meningsbærende utsagnene var vanskelig å kode og plassere

i subgrupper, fordi utsagnene var så rike på informasjon om de ulike aspekter ved videotelefon som et verktøy og overlappet ulike koder. Her er et eksempel på et meningsbærende utsagn fra en informant som omhandlet ulike koder:

Jeg syntes det var helt topp jeg , for du visste ikke hvilken sykdom du egentligjeg visste ingenting om sykdommen, den betryggelsen å ha videotelefonen og ha noen hvis du begynte å føle at du ble tung, da kunne du bare ringe til de, så fikk du kontakten med det samme og da hadde du fagfolk å snakke med som var spesialsykepleiere innen for den sykdommen da, det var ypperlig (...). Det synes jeg var helt topp jeg, det var egentlig det beste som kunne ha hendt meg akkurat der og da, for de så jo hvis det var noe galt (...).

Her forteller informanten om flere ulike aspekter ved å få kontakt. Han forteller om behovet for å få kontakt med kompetent personell, hvor tilgjengelig kontakten var for han, at han hadde noen i bakhånd hvis det skulle være noe og hva det betydde for han å få en slik kontakt – trygghet. Til slutt kommer han inn på fordelene med at videotelefonen tilbyr både lyd- og bildekontakt, helsepersonell har mulighet til å se han: ”de så jo hvis det var noe galt”. Utfordringen med å skille dette fra hverandre er fordi det både er av betydning at kontakten er tilgjengelig for han, men også det at videotelefonen gir han mulighet for å komme i kontakt med kompetent personell. Samt at de ser han og kan gjøre en vurdering. Gjennom analysen resulterte noen av disse aspektene opp med å stå sammen og andre ble delt opp. For eksempel har tilgjengelighet, det å ha noen i bakhånd og deler av behovet for å komme i kontakt med kompetent personell stått sammen. Noen av aspektene ved behovet for å få snakke med kompetent personell har blitt slått sammen med en annen kode som handler om behov for informasjon. At videotelefon bidrar til at han blir sett har fått en egen kode sammen med andre tilhørende utsagn. Ordet trygghet har gått igjen i store deler av materialet, jeg har ikke valgt å la trygghet stå som en egen kode, men heller hatt det med i de subgruppene der informantene har brukt ordet. Bakgrunnen til dette er trygghet har stått i sammenheng med noe, for eksempel tilgjengelig personell.

3.7.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I det fjerde og siste trinnet skal forskeren sammenfatte materialet en nå sitter med og det dannes grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. I tråd med Malterud (2011) startet jeg med å bearbeide kondensatene fra forrige analysetrinn, kondensatene ble skrevet om til en tekst som gjenforteller hva flere informanter har uttrykt under intervjuene. Her måtte jeg vurdere om kondensatene fra enkelte subgrupper var for korte når de ble sammenfattet og egentlig ikke hadde sterk nok forankring i materialet (Malterud, 2011). Noen sammenfatninger ble lagt til side, mens andre viste seg å passe bedre sammen med andre subgrupper. Siste del av analysen går i følge Malterud (2011) til å sammenligne det resultatet en nå har med det opprinnelige transkriberte materialet. Jeg gjennomgikk transkripsjonene for å se at jeg hadde vært tro mot informantene og at gjenfortellingene gjenspeilet det som kom fram under intervjuene. Jeg så også etter aspekter som kunne motstride den konklusjonen jeg hadde kommet fram til. Dette er med på å kvalitetssikre det ferdige materialet (Malterud, 2011).

3.8 Validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om gyldigheten til funnene som forskningsprosjektet resulterer i og om metoden en har benyttet undersøker det en har planlagt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervju som metode har vært hensiktsmessig i denne studien for å undersøke eldre brukeres erfaringer med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell. Dette har jeg argumentert for under 3.2 Det kvalitative forskningsintervju. Videre er viktig å inkludere informanter som har relevant kunnskap og erfaring som en ønsker å studere og at utvalget er representativt for den målgruppen studien skal gjelde for (Kvale & Brinkmann, 2009). For å imøtekomme dette har jeg, som beskrevet under 3.4 Utvalg, foretatt et strategisk utvalg og informantene i studien er bevisst valgt ut fordi de hadde erfaring med fenomenet som skulle studeres og var i den aldersgruppen som studien retter seg mot. I forhold til rekrutteringen av informanter og i forhold til antallet som ikke ønsket å delta, kan det stilles spørsmål omkring utvalget. Det kan tenkes at de som takket ja til å delta var de som hadde positive erfaringer med å bruke videotelefon. Likevel var en del av informantene tydelige på begrensningene med bruken denne typen verktøy. De som valgte å ikke delta i studien

hadde kanskje mindre positive erfaringer eller lav interesse for å snakke om temaet og ønsket av den grunn ikke å delta. For å sikre at funnene i studien er gyldige er det viktig å være nøye med å gjengi korrekt det informanten sa under intervjuet når en transkriberer og videre i gjennomføringen av analysen (Kvale & Brinkmann, 2009). For å imøtekomme dette har jeg som nevnt under 3.6 Transkribering, forsøkt å gjengi det informantene sa under intervjuet som korrekt som mulig ved å være nøye og spole fram og tilbake for å sikre meg at jeg fikk med meg det informantene sa. Resultatene som framkommer i denne studien vil ikke gi grunnlag for bastante påstander eller generalisering fordi det inkluderes for få informanter (Kvale & Brinkmann, 2009). Likevel kan resultatene bidra til å synliggjøre ulike aspekter, barrierer og utfordringer som andre hjemmeboende eldre kan komme til å gjenkjenne og være enig i.

Reliabilitet sier noe om hvor pålitelig undersøkelsen og resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er viktig i kvalitative studier å gjøre rede for framgangsmåten og metodiske overveielser helt fra start til slutt. Dette handler om at andre skal kunne etterprøve studien. Andre skal kunne komme fram til tilsvarende resultat med samme framgangsmåte og intervjuguide. Pålitelighet handler også om at en er tro til det informanten formidler, dette gjelder både i transkriberingen og i analysen. (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette har jeg forsøkt å imøtekomme ved å beskrive framgangsmåten og de vurderingene jeg har gjort underveis så nøyaktig som mulig i dette metodekapittelet. Jeg har også forsøkt å belyse hva jeg i ettertid skulle ønske å ha gjort annerledes. Samtidig er et forskningsintervju en dynamisk prosess og kvaliteten på dataene som intervjuet resulterer i er avhengig av forskerens intervjuferdigheter (Kvale & Brinkmann, 2009). Fordi jeg er uerfaren forsker og dette var mine første forskningsintervju ser jeg ikke bort fra at resultatene hadde blitt noe annerledes hvis det hadde vært en annen forsker med mer erfaring som hadde utført intervjuene. Her tenker jeg spesielt på gode oppfølgende spørsmål som kunne ha belyst informantens utsagn ytterligere.

For å stryke analyseprosessen har jeg deltatt på masterseminar ved Universitetet i Stavanger og presentere noen av funnene fra intervjuene, en medstudent og en forsker har lest igjennom og kommentert deler av intervjumaterialet. Veileder har lest alle intervjuene og bidratt i analysen gjennom veiledningssamtaler og skriftlige tilbakemeldinger. Det er en fordel å få hjelp av andre til analysen, fordi forskjellige

mennesker vil kunne tolke materialet ulikt, og kanskje vil en vektlegge forskjellige deler av materiale ulikt (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Sammen med andre kan en oppdage nye sammenhenger mellom begreper og beskrivelser og i siste del av analysen komme fram til sammenfatninger med et rikere innhold og presentere flere sider ved fenomenene en studerer. I tillegg kan andre belyse noe en selv har oversett. Dette vil også være med på å styrke påliteligheten til studien og bidra til at resultatene er mindre subjektive (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres funnene fra intervjuene. I denne studien var hensikten økt innsikt i hjemmeboende eldre sine erfaringer med å bruke videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell, og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg. Funnene som her presenteres er en blanding av gjenfortellinger fra flere informanter og direkte sitat. Sitatene er tatt direkte fra transkripsjonene, men skrevet om fra dialekt til bokmål. Noen av sitatene har fått små språklige justeringer for å tydeliggjøre meningsinnholdet. I noen av sitatene har jeg brukt tegnet ... som viser til at informantene tar en pause, mens tegnet (...) betyr at noe informantene sier er utelatt for at tekstene skal få en bedre sammenheng. Enkelte steder i gjenfortellingene fra intervjudeltakerne står ord eller uttrykk i anførselstegn, dette er ord eller uttrykk informantene selv har brukt under intervjuene. I de tilfellene deltakerne omtaler sin egen sykdom, er navnet på selve sykdommen tatt vekk.

Funnene som i det følgende presenteres er bearbeidet gjennom systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011) og er organisert etter kodene som framkom gjennom analysen:

1. Brukernes holdninger til videotelefon og erfaringer med informasjon- og kommunikasjonsteknologi
2. Videotelefonsamtalen - ”Som å snakke ansikt til ansikt”
3. ”Kontakt med ett trykk” – Videotelefon et verktøy for å få kontakt med helsepersonell
4. Å spørre og få svar
5. ”Det lettet mye på trykket” – Psykisk støtte gjennom videotelefonsamtalen

4.1 Brukernes holdninger til videotelefon og erfaringer med informasjon- og kommunikasjonsteknologi

Under intervjuet ble alle deltakerne spurt om hvilke tanker de gjorde seg om å få videotelefon og om holdningene deres hadde endret seg etter at de hadde hatt videotelefon. Det var ulike årsaker til at informantene samtykket til å ha videotelefon

over en periode for å kommunisere med helsepersonell og hva de så for seg at det kunne bidra med. Noen fortalte at de hadde takket ja til å ha videotelefon fordi de ønsket å få mer innsikt i hva slags hjelpemidler som finnes og som de kunne ha nytte av i framtiden. En eldre kvinne fortalte at etter hun hadde sett et innslag på tv og lest om videotelefon så hun fram til å få anledningen til å prøve den selv, og hun syntes det virket spennende. Enkelte ønsket å få prøve ut videotelefon for å få erfaringer som de kunne dele med andre og fordi de ønsket at flere skulle få vite om tilbudet. En deltaker fortalte om hvilke tanker hun gjorde seg:

Det begynte jo å skrives om dette med at teknologi kunne erstatte hjemmetjenesten og slike ting. Så i og med at jeg begynte å bli såpass gammel kunne det vært greit å prøve det ut og se om det kan være noe som kan hjelpe en med tiden. Det var nå det som gjorde at jeg ble med. Hadde jeg vært litt syk, hadde jeg fått litt hjertetrøbbel og slike ting da er det jo godt å orientere seg hva som finnes av hjelpemidler. (Kvinne 87 år).

Kun noen få av informantene fortalte om hva de på forhånd så for seg at videotelefon kunne bidra med og at det var det som var bakgrunnen for at de takket ja til tilbudet. Enkelte fortalte at de så for seg at videotelefonsamtaler kunne bidra til å gi de trygghet i hverdagen og mer informasjon vedrørende sykdommen. En eldre kvinne så for seg at videotelefon kunne være et godt tilbud for henne etter et sykehusopphold:

Jeg følte at det kunne gi meg en støtte og ekstra trygghet etter en sykdomsperiode og jeg hadde vært på sykehuset. (Kvinne 66 år).

Ingen av deltakerne sa eksplisitt at de var negativ til videotelefon verken før eller etter at de hadde hatt den, samtidig snakket noen få av de eldre om at de hadde blitt mer positiv til videotelefon etter at de hadde hatt den. Kun en eldre mann fortalte at han syntes videotelefonen var litt stor og klumpete, men at det ikke hadde noen betydning for om han ville ha den eller ikke. Andre fortalte at de ikke hadde så mange tanker rundt det å få videotelefon, men at de ble positivt overrasket over hvor klart de så personen og hvor enkelt det var å motta en samtale. En informant fortalte:

Jeg var bare litt spent på hva dette her var for noe, for jeg hadde ikke peiling på hva det var, men jeg ble jo positivt overrasket. Så det var aller tiders, altså. (Mann 82 år).

Noen av intervjudeltakerne snakket om at de generelt var åpne og positive til å prøve ut nye ting, og at de gjerne hadde lett for å si ja når de ble spurt om å delta på noe eller prøve ut noe nytt og at det gjerne var derfor de takket ja til å få videotelefon. Andre forklarte at de ønsket å bidra med sin deltakelse når for eksempel ny teknologi skulle prøves ut. Samtidig så de for seg at de som var eldre enn dem selv kanskje kunne være mer skeptisk til videotelefon fordi eldre mennesker generelt har lite erfaring med teknologi. En eldre kvinne snakket om at det nok er noen eldre som kan mye om data og teknologi, men at hovedvekten av de eldre i samfunnet ikke har så mye erfaring og kan ha negative holdninger til å prøve noe nytt, slik som videotelefon.

For å kunne ha nytte av et slikt hjelpemiddel som videotelefon, snakket noen av deltakere om at det er viktig at en er mottakelig for å bruke videotelefon, og at eldre må være innstilt på å få hjelp på denne måten. Et par deltakere snakket om at flere burde få vite om dette tilbudet og de positive erfaringene andre har med videotelefon. En eldre kvinne syntes det var for lite opplyst om tilbudet og at det i fremtiden kan hjelpe mange, særlig mennesker som har angst. Eldre som kanskje var skeptiske måtte få prøve ut videotelefonen selv og se hvor bra dette verktøyet faktisk er. Hun foreslo for eksempel at det burde vært en kontaktperson på regionssykehuset som formidlet videre tilbud om videotelefon, og at de gjerne kunne hatt en videotelefon på sykehuset som brukerne kunne fått prøve mens de var innlagt. Slik at de fikk gjort seg kjent med den før de skulle reise hjem.

Under intervjuet ble alle informantene spurt om hvilke erfaringer de selv hadde med å bruke ulike typer informasjon- og kommunikasjonsteknologi som PC, nettbrett og mobiltelefon. Flertallet av intervjudeltakerne hadde PC og mobiltelefon, noen hadde også nettbrett, kun en hadde smarttelefon. Noen få av de som hadde datamaskin eller nettbrett brukte det i liten grad. De var ikke interessert og de likte heller å lese avisen og løse kryssord for hånd. Enkelte hadde brukt PC i arbeidslivet. De eldre brukerne brukte datamaskinen eller nettbrettet til ulike formål. Noen brukte å lese av strømmen og registrere det over internett, mens andre brukte data og internett til slektsgransking eller for å søke opp ord mens de løste kryssord. En eldre mann fortalte at han likte å søke på internett hvis det var noe han lurte på i forhold til sykdommen sin og når det var hjelpemidler han ønsket å vite mer om. Nettbank var noe de fleste deltakerne brukte, og de syntes det var praktisk å kunne legge inn faste trekkoppgaver og bruke e-faktura.

Noen fortalte at de hadde e-post, men det varierte en del hvor mye den var i bruk. Et par av deltakerne fortalte at de var på nettsamfunnet Facebook, enten for å kommunisere med andre eller bare for å se hva andre la ut av bilder og tekst.

Lyd- og bilde kommunikasjonstjenestene Skype og Facetime var det kun to av deltakerne som hadde brukt. En eldre mann fortalte at han brukte Facetime jevnlig for å kommunisere med søsteren sin som bodde på andre siden av landet, og han syntes det var en fordel fordi det var gratis. En annen deltakerne, en 78 år gammel kvinne, fortalte at hun hadde vært med på to andre prøveprosjekt i tillegg til å ha prøvd videotelefon. I det ene prosjektet fikk hun en treningssykkel med en skjerm som spilte av en film slik at det så ut som hun syklet en rute i byen der hun bodde. Samtidig kunne hun se om det var andre i prosjektet som var ute og syklet sammen med henne, men de kunne ikke kommunisere med hverandre. I det andre prosjektet hun hadde deltatt i fikk hun et aktivitetsspill (Nintendo Wii) som var koblet til TV 'en, her fulgte det med en egen fjernkontroll som hun skulle bruke til å for eksempel fange epler.

Oppsummering:

Til tross for at aldersgruppen som ble intervjuet var mellom 56 og 90 år, viser funnene at de har en del erfaring med å bruke teknologi. Samtidig var det et par deltakere som trakk fram at de gjerne har mer erfaring med PC, nettbrett og internett enn andre i samme aldersgruppe. Bakgrunnen for at deltakerne i studien ønsket å ha videotelefon for å kommunisere med helsepersonell var noe ulik, noen hadde ikke på forhånd så mange tanker rundt dette verktøyet, mens andre var interessert i å gjøre seg kjent med de hjelpemidlene som finnes eller de hadde sett eller hørt om videotelefon. Kun et fåtall så på forhånd for seg hva videotelefonen kunne bidra med, dette var trygghet, informasjon og oppfølging etter et sykehusopphold. Ingen av deltakerne uttalte at de på forhånd var negativ til å få videotelefon. Samtidig trakk noen fram at eldre må være mottakelig for å bruke videotelefon og innstilt på å få hjelp på denne måten. Funnene viser at de eldre deltakerne generelt er åpne og positive til å prøve ut ny kommunikasjonsteknologi som for eksempel videotelefon, og viser at en ikke skal ta for gitt at "alle" eldre er negativ til å prøve noe nytt. For eksempel hadde en av de eldre kvinnene vært med på tre ulike prosjekter for å prøve ut teknologiske løsninger for

eldre, i tillegg hadde hun PC og Skype som hun hadde brukt for å kommunisere med familien.

4.2 Videotelefonsamtalen - ”Som å snakke ansikt til ansikt”

Under intervjuene ble deltakerne spurt om hvordan de opplevde å kommunisere med helsepersonell via en skjerm og hvilken innvirkning dette hadde på kommunikasjonen. En av de helt klart største fordelene med videotelefon er at bruker og helsepersonell kan se hverandre mens de kommuniserer og funnene viser at dette var noe intervjudeltakerne syntes var positivt. Flere informanter brukte uttrykk som ”det var nesten som å ha besøk”, ”det var nesten som å treffe personen” de snakket med og at ”det var som om sykepleierne var i stuen deres”, når de skulle forklare hvordan de opplevde videotelefonsamtalene. Enkelte sammenlignet videotelefonsamtalene med det å være på en rehabilitering fordi det var akkurat som om sykepleierne satt på siden av dem. En informant fortalte:

Jeg synes faktisk at det (videotelefonen) var bedre det enn igjennom telefonen, da fikk jeg se dem. Jeg følte jeg snakket ansikt til ansikt med dem, vi skulle sitte sånn som du og jeg sitter ved bordet her og snakker. (Kvinne 66 år)

Å kunne se den de snakket med ble beskrevet som mer personlig, de fikk bedre kontakt fordi de fikk blikk-kontakt med den de snakket med. Flere snakket om at videotelefonsamtalen var noe annet enn å snakke over den vanlige telefonen. Noen deltakere fortalte at de foretrakk videotelefonen framfor vanlig telefon, fordi de fikk muligheten til å se den de snakket med. Spesielt en eldre mann pratet om forskjellen mellom vanlig telefon og videotelefon. Han følte han fikk mye mer ut av samtalene over videotelefonen. Det var mer ro over samtalen når han så den han snakket med, da tenkte han ikke på tiden og kunne tenke seg om og spørre om hva han ville. Videre fortalte han:

(...) Det er bedre å få en sånn samtale over den videotelefonen enn bare på telefonen direkte, det er det. For når du sitter sånn som når du er på telefonen så er du litt mer oppjaget gjerne og må bli ferdig å snakke, men her satt du akkurat som normalt i stuen

rett over deg og kunne snakke akkurat slik som du ville og fikk de svarene som du ville.
(Mann 82 år).

Funnene viser at det kun var et fåtall som var negativ til denne type kommunikasjonsløsning. En eldre mann så for seg at det nok ikke var alle som likte denne måten å kommunisere på og at andre kanskje syntes det var bedre å snakke sammen i telefonen fordi du ikke ser den du snakker med. Kun en av informantene uttalte at hun syntes det var bedre å snakke i vanlig telefon. Hun følte det var forstyrrende å se den hun snakket med fordi hun måtte rette oppmerksomheten både mot bildet av personen og følge med på samtalen. Forklaringen var, i følge henne selv, at hun var vant til å snakke i telefonen uten å kunne se den personen hun snakket med.

Når det gjaldt tekniske problemer var det noen av deltakerne som hadde opplevd at videotelefonen ikke fungerte som den skulle. Dette var i hovedsak problemer med å motta samtaler. Noen få fortalte at det var forsinkelser mellom lyden og bildet. For brukerne var ikke dette noe stort eller langvarig problem og de hadde istedenfor snakket med sykepleieren over vanlig telefon. I de fleste tilfellene var årsaken tekniske problemer med utstyret hos sykepleierne som administrerte videotelefonsamtalene, og det ble tatt hånd om der. Noen av deltakerne syntes det var en forutsetning at teknologien fungere slik som den skulle, men de fleste hadde full forståelse for at det ikke alltid er slik.

Mange av deltakerne trakk under intervjuene fram at det også var en fordel å bli sett av den de snakket med, og at dette bidro når helsepersonell skulle vurdere tilstanden deres. Nonverbal kommunikasjon, som for eksempel kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikk-kontakt, kunne i følge noen intervjudeltakere bidra til at sykepleierne fikk et bedre inntrykk av hvordan de hadde det. Sykepleierne kunne gjennom videotelefonsamtalen se om de så medtatt ut eller om de så ut til å ha det bra og de kunne se hvis de for eksempel hadde slått seg i ansiktet. Et utsagn illustrerer:

Så kunne de se meg, hvordan jeg så ut. Nesten sagt om jeg så skral ut eller om jeg så bra ut og jeg kunne få snakke med dem. (Kvinne 84 år).

Ansiktsuttrykk og kroppsspråk kunne formidle om brukerne hadde ubehag, smerter eller var engstelige. Det kan være en fordel for personer som har vanskelig for å verbalt uttrykke hvordan de har det, for eksempel hvis de har vondt eller har det vanskelig og kanskje ikke ønsker å være til bry. Når sykepleierne ser brukeren ved hjelp av videotelefonen kan de følge opp det de ser og spørre hva som er i veien. Brukerne betegnet dette som en trygghetsfaktor. En eldre mann syntes det var en fordel at sykepleierne så den de snakket med. Han oppfattet at eldre gjerne hadde lett for å si at ”det går bare bra” selv om de var både gul og blå i ansiktet etter å ha falt, men over videotelefonen kunne sykepleierne se det og spørre hva som hadde skjedd. Selv syntes han det var en stor fordel at sykepleierne han snakket med så han fordi de kunne se hvis det var noe galt, hvis han for eksempel tok seg til brystet mens de snakket så sykepleierne det og kunne spørre hva som var i veien.

En annen deltaker trakk fram at det var en fordel at helsepersonell får se ansiktet til brukeren når de snakker sammen fordi det er mye en kan ”lese” i ansiktet på en person:

Veldig betryggende at hun og kan se ansiktet på meg. Hvordan jeg....det er jo forskjellige ting de kan lese i ansiktet og, hvis de er flinke til å lese ansikt. Så er det mye du kan lese i ansiktet og. For jeg er veldig dårlig til å uttrykke meg hvis jeg har vondt likevel, og så har jeg et ansikt som er veldig vanskelig til å se smerte i (...) men jeg tror at det har forandret seg den veien og. (Kvinne 66 år).

Denne deltakeren snakker her om at det ligger noen forutsetninger til grunn for at det skal være mulig å tolke et ansiktsuttrykk, sykepleierne må ha kompetanse for å kunne ”lese ansikt”. Hun forklarte at det ikke var alle sykepleierne hun hadde møtt som hadde denne kompetansen og at dette var noe de burde bli flinkere til. En annen forutsetning, som hun selv trekker fram, er at det ikke er alle brukere som det er enkelt å tolke ansiktsuttrykkene til. I slike tilfeller vil det være begrenset hvor mye informasjon en sykepleier får av bare å se ansiktet til en person den tiden videosamtalen pågår. Fysiske møter mellom helsepersonell og bruker vil være nødvendig for at helsepersonell skal kunne foreta en helhetlig vurdering av brukerens tilstand.

Andre intervjudeltakere fortalte at lyd- og bildekommunikasjon bidro ved at det ble enklere når de skulle forklare noe for sykepleieren. For eksempel hadde de muligheten

til å vise fram ulike medikamenter og spørre om de hadde fått de rette medisinene eller hvis de hadde fått et sår så kunne dette vises fram og de kunne få råd av sykepleierne. Eller som en kvinne snakket om, hvis bandasjen på et sår hadde blitt gjennomtrukket, da kunne det bare vises fram på skjermen og sykepleierne kunne selv vurdere om de måtte komme å skifte på det. En deltaker forklarte:

Det var en gang jeg hadde slått meg og så viste jeg de hvordan jeg hadde det og slikt (peker på overarmen/albuen sin). Ja, altså, hvis det var noe som kunne vises fram slikt. Jeg syntes det var veldig kjekt. (Kvinne 84 år).

Oppsummering:

Funnene fra intervjuene viser at flere oppfatter samtalen over videotelefonen som nær et fysisk møte med den de snakket med. Å både se og høre den de snakket med syntes intervjudeltakerne var positivt. Noen betegnet det som en mer personlig kommunikasjonsform og at de fikk bedre kontakt fordi de kunne se den de snakket med. Det var også en fordel å bli sett av den de snakket med. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikk-kontakt, kunne være med på å styrke vurderingen til helsepersonell og bidra til at de fulgte opp tegn på at noe var i veien. Samtidig kom det fram at ansiktsuttrykk kan være vanskelig å tolke for helsepersonell, og at de må ha kompetanse til dette. Brukerne forklarte at lyd- og bildekommunikasjon bidro til at de ble enklere når de skulle forklare noe for sykepleieren. For eksempel er det mulig å vise fram medikamenter man har spørsmål knyttet. Videotelefonsamtalen ble også sammenlignet av noen med en vanlig telefonsamtale, og brukerne forklarte at videotelefonsamtalen er bedre enn en samtale over den vanlige telefonen. Enkelte framhevet at det er mer ro over videotelefonsamtalen og at en får tid til å tenke seg om og spørre hvis det er noe en lurer på. Funnene viser at enkelte deltakere foretrakk vanlig telefon framfor videotelefon, fordi det å både se og høre den man snakker med var forstyrrende.

4.3 ”Kontakt med ett trykk” – Videotelefon et verktøy for å få kontakt med helsepersonell

Flertallet av deltakerne i studien hadde hatt videotelefon for å få kontakt med og oppfølging fra helsepersonell. For noen få av intervjudeltakere var hensikten å prøve ut videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell. Muligheten for å få rask kontakt med helsepersonell gjennom videotelefonen var noe flere av intervjudeltakerne pratet om og var tydelige på at dette var viktig. Det var enkelt å få kontakt via videotelefon – det var bare å trykke på en knapp, og videotelefonen bidro til at kompetent helsepersonell var mer tilgjengelig. En informant uttalte:

Jeg så fordelen med det, plutselig så får jeg med et trykk kontakt med Holmestad, sykepleiere som kan med lunger og pust. (Mann 58 år).

Mange av deltakerne var usikre og hadde lite kunnskap omkring sykdommen sin, og hadde behov for å få kontakt og oppfølging fra helsepersonell. Samtidig var det i følge en del av intervjudeltakerne generelt en stor utfordring å få kontakt med sykepleiere og leger. Dette gjaldt i hovedsak brukere som ikke hadde hjemmesykepleie. En informant som hadde hatt hjemmesykepleie forklarte at han ikke var fornøyd med denne tjenesten fordi de kun var innom og så at han hadde det bra og gikk igjen. Et par av deltakerne fortalte at det ikke var noen å henvende seg til annet en fastlegen og at de i stor grad ble overlatt til seg selv etter et sykehusopphold. Særlig fastlegetjenesten ble oppfattet som lite tilgjengelig. I perioder kunne det være lang ventetid før man fikk time og for personer med nedsatt allmenntilstand og fysiske funksjonsnedsettelse kunne det være vanskelig å komme seg til legen. En av intervjudeltakerne fortalte at det var ikke var mulig å få snakke direkte med fastlegen hvis man ringte legesenteret og at dette skapte stor frustrasjon. Som en motsetning til dette trakk intervjudeltakerne fram at videotelefonen gjorde at kompetent personell var mer tilgjengelig for dem, at det var enkelt å få kontakt på bare noen minutter og at en fikk kontakten rett hjem i sin egen stue. En eldre mann fortalte:

Jeg syntes det var helt topp jeg, for du visste ikke hvilken sykdom du egentlig... jeg visste ingenting om sykdommen, den betryggelsen å ha videotelefonen og ha noen hvis du begynte å føle at du ble tung, da kunne du bare ringe til de, så fikk du kontakten med

det samme og da hadde du fagfolk å snakke med som var spesialsykepleiere innen for den sykdommen da, det var ypperlig. (Mann 58 år).

En annen deltaker, en eldre kvinne, så også fordelen med at en raskt og enkelt får kontakt med helsepersonell når en foretar en oppringing. Hun snakket om at videotelefonen kunne ha vært et godt alternativ til den kommunale trygghetsalarmen.

Enkelte av deltakerne kom med konkrete eksempler på hva kontakten med helsepersonell gjennom videotelefonen bidro med. En eldre kvinne som hadde hatt videotelefon til det ene av tilsynene fra hjemmetjenesten syntes det var veldig betryggende å ha noen som så til henne mer enn en gang om dagen. Hun hadde besøk av hjemmetjenesten på morgenen og et video-besøk på ettermiddagen. For henne var det godt at noen så til henne og passet på henne, fordi mye kunne skje før neste morgning. Det å ha en fast avtale hver dag å forholde seg til var for mange veldig godt, en eldre mann syntes det var en ekstra trygghet å ha fordi han ved en anledning hadde glemte av avtalen og da hadde sykepleierne ringt å etterlyst han. Dette syntes han var veldig positivt, for hvis det hadde skjedd noe med han, hvis han for eksempel hadde falt så visste han at det alltid var noen som tok kontakt og at noen holdt øye med han.

Sosial kontakt var det noen av intervjudeltakerne som snakket om at videotelefonen kunne bidra med. En eldre kvinne som var alene snakket om at det var oppmuntrende å snakke med sykepleierne ved hjelp av videotelefonen. Hun fortalte at hun var litt selskapssyk og ”det å få snakke med noen andre enn veggene” var for henne et lite avbrekk i hverdagen. En annen deltaker trakk fram hvordan videotelefon kunne bidra i forhold til sosial isolering. Hun snakket om behovet for kontakt og trygghet hvis hun eller andre ble syk og sengeliggende og ikke hadde kontakt med omverdenen og ikke hadde så mange pårørende. I slike tilfeller mente hun at kontakt gjennom videotelefon hadde vært et godt tilbud og bidratt til at den eldre fikk kontakt og følte seg tryggere. Et utsagn illustrere dette:

Jeg likte veldig godt den maskinen og kunne få kontakt. Det kan bli mye snø eller du kan bli dårlig på noen måter og bli mye hjemme, så veldig koselig å ha en sånn kontakt og liksom se personen, vedkommende som du har kontakt med.(...) at du får se et menneske

når du bare sitter kanskje og ikke kommer deg ut den ene dagen eller en hel uke.

(Kvinne 73 år)

Til tross for at flere bodde sammen med samboer eller ektefelle, snakket de om at de gjerne kunne ha tenkt seg videotelefon igjen hvis de selv en dag ble alene, fordi de så på det som en veldig god måte å komme i kontakt med andre på. Andre snakket om at de kunne ønsket seg å hatt videotelefonsamtaler med venner og familie. Dette kunne være en fin måte å holde kontakt med familie som bodde langt unna og gjorde at de fikk muligheten til å se barnebarna sine. En av kvinnene som hadde hatt videotelefon som en del av et prøveprosjekt hadde fått mulighet til å snakke med en annen prosjektdeltaker og fortalte:

Det var en kollega av meg som bodde nord på øya og prosjektleder gjorde det slik at hun koblet oss to sammen så vi fikk snakket litt. Så det betydde jo det at jeg kunne få kontakt med andre også som hadde en videotelefon. (...) det var veldig interessant at jeg kunne vite at jeg kunne snakke med noen andre som var i prosjektet og det synes jeg var noe med det beste at du hadde...at du også hadde litt kontakt med andre folk, ikke bare med de som satt i sentralen. (Kvinne 82 år).

Under intervjuene fortalte de deltakerne som hadde hatt videotelefon etter et sykehusopphold at sykepleierne hadde sagt at de bare måtte ta kontakt igjen hvis de hadde behov for det. Sykepleierne som administrerte videotelefonen for denne gruppen var kun tilgjengelige i ukedagene og på dagtid, men det var mulig å ringe en vakttelefon ved samme institusjon og få snakke med sykepleiere med samme kompetanse, men disse samtalene gikk over vanlig telefon. Det var ingen av informantene som hadde benyttet seg av denne muligheten, men de var tydelige på at det var godt å ha noen i bakhånd hvis det skulle bli nødvendig. En kvinne uttalte at det for henne var en forutsetning at videotelefon var døgnbemannet. Hvis hun for eksempel fikk store smerter på natten måtte det være noen som kunne svare henne på videotelefonen, det var noe av det viktigste og det kunne bidratt til at en følte seg trygg. Samtidig var det for henne nok å vite at hun hadde muligheten til å bruke videotelefonen når hun trengte det, men det behøvde ikke å være hver dag.

På spørsmål om hvordan videotelefon kunne bidra i hverdagen slik at en kunne fortsette å bo hjemme, var det delte meninger blant de eldre brukerne. Et par av deltakerne fortalte at oppfølgingen kunne bidra til at de unngikk å bli innlagt på sykehuset igjen og hensikten med at de hadde hatt videotelefon var for at de skulle bygge seg opp psykisk etter et sykehusopphold. Mange var bekymret for at sykdommen skulle ”blusse” opp igjen eller at de skulle få tilbakefall. Daglig kontakt med kompetent helsepersonell gjorde at de følte seg tryggere hjemme. Å få denne typen kontakt gjorde at de ble roligere, hvis de ble dårlig eller sykere var det alltid noen på den andre siden av videotelefonen som stilte opp og de ble aldri overlatt til seg selv. En informant fortalte:

Vi vet jo at vi verken kan komme på sykehus eller noen ting og vet at vi har denne sykdommen her som kan være ganske heftig for å si det sånn. Når du får videotelefon...det er klart at det gir jo en trygghet, du er jo hele veien i kontakt med personal, du er jo der med de og hvis det er noe så kan du ringe. Derfor gir det en trygghet og derfor tror jeg at mange kunne vært hjemme og greid seg. (Kvinne 67 år).

Andre deltakere var tydelig på at oppfølging gjennom videotelefon ikke kunne bidra til at de kunne fortsette å bo hjemme. I følge brukerne handlet det om at de ville trenge en annen type oppfølging, som fysisk assistanse og andre typer hjelpemidler som trappeheis og lignende. Informantene var tydelig på at videotelefon ikke kan bidra med fysisk hjelp, og at brukere med fysiske funksjonsnedsettelse vil ha behov for andre typer hjelpemidler og fysisk assistanse. En eldre kvinne beskrev det slik:

Men det er jo slik at det nytter ikke bare med videotelefon hvis jeg ikke kommer meg opp fra sengen. (Kvinne 82 år).

En annen begrensning, som flere snakket om er at eldre med demens eller kognitiv svikt kan få problemer med å bruke videotelefon. En informant uttalte dette:

Så lenge du er klar i hodet så er det der, alt det tekniske vel og bra, men jeg tror den dagen hodet svikter, da tror jeg ikke det er det store for en som er dement eller har Alzheimer eller noe slik, så tror jeg at selv om du har det i fingrene fra før, du kan selvfølgelig en stund, men jeg tror at da taper teknologien. (Kvinne 78).

Et par av deltakerne som ble intervjuet hadde fysiske funksjonsnedsettelse og satt i rullestol, og noen hadde hjemmesykepleie der de fikk hjelp til stell og/eller praktiske oppgaver. Det var likevel få deltakere som uttalte at de ønsket fysiske besøk framfor videotelefonamtaler ut fra den situasjonen de var i da de ble intervjuet. I forhold til fysiske besøk var det to eldre kvinner som under intervjuet snakket om at de skulle ønske det var færre sykepleiere å forholde seg til når de mottok hjelp i hjemmet. Begge fortalte om familie eller venner som hadde fått mange forskjellige hjelpere inn i huset og at det kunne være slitsomt å forholde seg til så mange ulike mennesker på en gang, og at eldre med kognitiv svikt kunne ha vanskelig for å skille personene de hadde snakket med og kanskje ikke husket hvem de hadde sagt hva til. En av kvinnene forklarte at selv om hun var en utadvendt person og glad i folk, ville det blitt annerledes hvis hun var syk og i en sårbar situasjon. For henne ble videotelefonamtalen noe annet enn å få fremmede inn i hjemmet, videotelefonen slo hun selv på og kunne dermed selv kontrollere når samtalen startet. Gjennom videotelefonen kunne hun kanskje få snakke med noen hun kjente, men hun ønsket likevel at nye skulle komme på hjemmebesøk før hun skulle snakke videre med de over videotelefonen.

Oppsummering:

Funnene viser at videotelefonen er en rask og enkel måte å få kontakt med helsepersonell på og fører til at kompetent personell blir mer tilgjengelig for brukerne. Et gjennomgående tema i materialet er at de eldre brukerne hadde behov for informasjon og kunnskap omkring sin sykdom. Samtidig oppleves sykepleiere og leger mindre tilgjengelige for eldre som bor hjemme og at de i stor grad blir overlatt til seg selv etter et sykehusopphold. Deltakerne forklarte at videotelefonen som verktøy kompensere for dette. For noen bidro det til hyppigere oppfølging og en trygghet. Hvis det skjedde noe var det alltid noen der som fulgte de opp. Andre mente videotelefonen kunne være et godt tilbud for eldre som var alene, og kunne bidra til at den eldre fikk kontakt med noen og følte seg tryggere. Når det gjelder begrensningene til et slikt verktøy var de eldre tydelig på at den ikke fysisk kan hjelpe en og at eldre med fysiske funksjonsnedsettelse vil kunne ha behov for andre typer hjelpemidler og fysisk assistanse. Samt at eldre med demens eller kognitiv svikt vil kunne få problemer med et slikt verktøy. Andre snakket om at en slik oppfølging kunne bidra til at de unngikk innleggelse på sykehuset fordi de daglig fikk kontakt med noen og dermed følte seg

tryggere. Det var alltid noen som var der for de og stilte opp, dette gjorde at de ble roligere og visste at de aldri ble overlatt til seg selv. Enkelte trakk fram at det var noen ulemper med fysiske besøk fordi en ofte får mange forskjellige hjem til seg og at videotelefonen kunne ha bidratt til at en får snakke med noen en kjenner. En av fordelene med videotelefonen kan være at brukeren kan få færre personer å forholde seg til i løpet av en uke eller måned, fordi det kan være lettere å få gjennomført flere samtaler per dag når helsepersonell ikke må kjøre ut til hver enkelt.

4.4 Å spørre og få svar

Manglende kunnskaper og generell usikkerhet knyttet til egen sykdom gjorde at flere av informantene hadde mange spørsmål og behov for informasjon og veiledning etter et sykehusopphold. Videotelefonsamtalene la til rette for gjensidig informasjonsutveksling mellom sykepleier og bruker. Noen av intervjudeltakerne forklarte at hvis de for eksempel ikke følte seg helt i form hadde de igjennom videotelefonen muligheten til å konsultere med en sykepleier og høre om de burde oppsøke lege eller om de skulle forsøke å være hjemme. Både med tanke på ny-oppstått eller forverrelse av sykdommen fikk de informasjon om hva de måtte holde øye med av symptomer og hvordan de skulle håndtere dette. De fortalte at det var trygt å ha noen som kunne være med på å vurdere helsetilstanden og gi kompetente råd. Videotelefonsamtalene ga også brukerne mulighet til å spørre om det de lurte på der og da og de fikk svar med det samme. Å ha faste avtaler for videotelefonsamtalen var for flere positivt og det ga de muligheten til å samle opp spørsmål. En eldre kvinne fortalte at hun syntes det var greit at noen kontaktet henne og at hun fikk mulighet til å stille spørsmål, men at hun måtte bruke hodet litt for å tenke ut hva hun skulle spørre om. En deltaker fortalte:

Da jeg kom hjem fra sykehuset så fikk jeg ha den i to uker og så satt det da en sykepleier i den andre enden av boksen og som jeg fikk snakke med. Det vil jeg si er veldig godt for da har jeg noen og snakke med, fortelle ting til, og når jeg spør disse her så får jeg alltid den informasjonen som jeg har lyst å ha, som jeg føler jeg trenger og det synes jeg er veldig kjekt. (Kvinne 66 år).

Kort liggetid på sykehuset og mangel på skikkelige svar fra leger og sykepleiere på sykehuset var noe som gjorde at intervjudeltakerne hadde mange spørsmål etter

utskrivelsen. En eldre kvinne utdypet dette, hun fortalte at sykepleierne og legene på sykehuset ikke hadde tid til å snakke om noen ting, hvis hun spurte var det så vidt hun fikk svar. For flere stod informasjonen i videotelefon samtalen som en motsats til informasjonen de hadde fått på sykehuset, her fikk de snakke med sykepleiere som hadde bred kunnskap og kompetanse. Informantene følte de kunne spørre om alt de lurte på og fikk skikkelige svar. Sykepleierne var flinke til å forklare og fortalte uoppfordret det de trengte å vite. En eldre mann sa han nesten ikke trengte å spørre, fordi sykepleierne hadde høy kompetanse vedrørende hans sykdom og visste hva han slags informasjon han hadde behov for. Han fortalte under intervjuet at han hadde fått informasjon om ting han aldri hadde hørt om før og at han tidvis tenkte over om det var noe han skulle ha spurt om, men kom fram til at det ikke var det. Han hadde fått forklaring på alt. En informant fortalte:

Der var det helt åpent, du kunne spørre om akkurat hva du ville og fikk skikkelig svar, så du følte det helt sånn trygt. Du visste at der kunne du spørre og få greie på alt, det var helt fantastisk. (Mann 82 år).

Sykepleierne som administrerte videotelefonene brukte noen ganger å ha journalen til brukeren foran seg mens de snakket. En eldre kvinne syntes dette var en stor fordel. Sykepleieren kunne svare mye bedre på spørsmålene hun hadde fordi de kunne gå inn i journalen og lese hva som hadde blitt gjort på sykehuset. Dette kan bidra til at brukerne kan få gjentatt informasjonen som ble gitt på sykehuset og eventuelle misforståelser ved informasjonen kan bli oppklart. I tillegg til at brukerne hadde fått muligheten til å spørre og få svar på det de lurte på ga sykepleierne informasjon og veiledning omkring sykdommen underveis i videotelefon samtalen. En informant illustrerte dette:

Vi kan snakke om alt, men de føler litt på hva vi vil komme med liksom, de spør hvordan jeg har det og sånn og sånn og så må jeg si litt om det ikke sant. Også griper de gjerne fatt i noe også snakker vi om det igjen, så de blir nesten en halvtime der vi snakker sammen. (Kvinne 66 år).

I en hverdagslig samtale kunne sykepleierne gjerne komme med råd og tips som var aktuelle for den enkelte. En eldre kvinne hadde fortalt sykepleieren at hun skulle dra til bassenget. Da hadde sykepleieren rådet henne å ta med seg inhalasjonsmedisinen og ha

denne på bassengkanten i tilfelle hun skulle bli andpusten eller reagere på klor-lukten. Sykepleierne svarte og ga råd om alt fra ernæring til å svare på spørsmål om medikamenter. En eldre mann fortalte at han fikk instruksjoner vedrørende administrering av sine medisiner:

De forklarte alt mulig, for eksempel så har jeg sånne inhalasjons greier og det forklarte hun hva som var den beste måten jeg kunne gjøre det på og det var jo veldig greit, for det er det ingen som har sagt til meg, i det hele tatt. Så det begynte jeg da med, med en gang. Slike ting synes jeg er veldig greit, at du blir opplyst da og får litt greie på hva det er for noen ting, om sykdommen og hjelpemidler og slikt. (Mann 82 år).

En eldre kvinne fortalte at i begynnelsen da hun hadde videotelefon viste det seg at hun ikke var skikkelig utredet i forhold til de medisinene hun fikk. Sykepleierne hadde i videotelefonsamtalen gitt henne råd om hvilke medikamenter hun kunne foreslå for fastlegen. Andre deltakere fortalte at de gjennom videotelefonsamtalene fikk informasjon om ulike tjenestetilbud og brukerorganisasjoner både på sykehuset og i kommunen, som de kunne ha nytte av. Dette var flere av informantene fornøyde med, og de syntes det var positivt å bli opplyst om de ulike tilbudene i samfunnet. Andre fikk tips om ulike hjelpemidler og hvordan de skal gå fram for å få tak i for eksempel rullestol og lignende. En informant hadde også fått hjelp til å komme inn på et dagtilbud i kommunen en gang i uken.

En informant fortalte at videotelefonsamtalene hadde omhandlet røyk og at sykepleierne hadde forsøkt å hjelpe han med å slutte å røyke. Dette var i følge han selv ikke noen enkel oppgave, og han hadde på slutten av perioden da han hadde videotelefon sagt i fra om at han ikke trodde dette hjalp i forhold til å slutte å røyke for hans del, men at det kanskje kunne få han til å redusere. Videre fortalte han at han klarte etter en tid å redusere røykingen, og at han hadde tro på at dette tilbudet kunne ha hjulpet andre som ikke hadde røyket like lenge som han selv. Videotelefonsamtalene hadde også blitt brukt for å instruere brukerne i forebyggende tiltak, noen fortalte at de hadde gjort øvelser sammen med sykepleierne de snakket med. De hadde fått forklart gode øvelser de kunne gjøre og fått råd om ulike pusteteknikker. En av deltakerne fortalte at disse øvelsene og rådene var noe han kjente igjen fra samtaler med fysioterapeuten på rehabiliteringen. På denne måten kan videotelefonsamtalene bidra ved å gjenta

viktigheten av forebyggende tiltak og sørge for at informasjon som tidligere er gitt er oppfattet riktig. En eldre kvinne fortalte:

Vi brukte å snakke om hvor viktig det egentlig var å være i litt aktivitet og så satt vi her og hadde armbevegelser. For desto mer du sitter desto mer tam i kroppen blir du egentlig. De hadde veldig gode råd om hva slags øvelser du skal gjøre for at det skal lette på lungene og at du skal få opp dette slimet som ligger der og plager. (Kvinne 67 år).

De fleste informantene hadde kun hatt videotelefon over en bestemt tidsperiode, noen få hadde hatt videotelefon gjentatte ganger. Noen av deltakerne snakket om at de kunne ønsket å ha hatt videotelefon over en lengre periode enn det de fikk tilbud om, mens kun et par deltakere sa de gjerne skulle ønsket at de kunne hatt videotelefon permanent. Andre fortalte at de mot slutten av perioden de hadde hatt videotelefonen hadde mindre å snakke om og færre spørsmål å ta opp med sykepleierne. For disse var det ikke alltid behov for å ha videotelefonsamtaler hver dag og ikke utover 14 dager. En eldre kvinne fortalte:

Jeg vet ikke om jeg...kunne vært behov for å hatt den i det daglige. For jeg hadde ikke visst hva jeg skulle ha snakket om hele tiden, jeg hadde vel gått tom. For jeg kan ikke holde på å klage på sykdommen hele tiden. (Kvinne 66 år).

Oppsummering:

Funnene viser at videotelefonen kan fungere som et brobyggende verktøy mellom sykehus og hjem. Flere av deltakerne hadde mange spørsmål etter et sykehusopphold og på grunn av usikkerhet knyttet til sykdommen hadde de behov for informasjon og veiledning etter at de hadde kommet hjem. Dette hang for noen sammen med kort liggetid på sykehuset. Videotelefonsamtalene bidro ved å kvalitetssikre informasjonen gitt på sykehuset, supplere og følge opp manglende informasjon. Det ble framhevet av flere informanter at det var positivt å få muligheten til å få snakke med kompetent personell og få muligheten til å spørre og få svar på det de lurte på. Gjennom videotelefonsamtalen kunne brukerne sammen med en sykepleier vurdere tilstanden og om de skulle forsøke å holde seg hjemme eller om de burde oppsøke lege. Andre ganger

hadde videotelefon samtaler blitt brukt til å forklare gode øvelser og om ulike pusteteknikker. Hvor lang tidsperiode det er behov for en slik oppfølging var det ulike meninger om blant intervjudeltakerne. Noen ønsket lengre oppfølging, mens noen få kunne ønsket å ha videotelefon permanent. Andre snakket om at de ikke nødvendigvis hadde behov for samtaler hver dag og ikke utover 14 dager, fordi de mot slutten av perioden hadde mindre å snakke om og færre spørsmål de ønsket å få svar på.

4.5 ”Det lettet mye på trykket” – Psykisk støtte gjennom videotelefon samtalen

Flere av informantene fortalte hvordan det var å leve med sykdommen da de skulle fortelle om sine erfaringer med å bruke videotelefon og hva kontakten med helsepersonell bidro til. Redsel og angst var uttrykk som gikk igjen når intervjudeltakerne beskrev opplevelsen av sykdommen og det var tydelig at de hadde behov for psykisk støtte. Etter et sykehusopphold var det for mange en overgang å komme hjem til seg selv, og de var usikre på hvordan de skulle klare seg hjemme. For noen var sykdommen noe nytt og flere opplevde det som utfordrende å forholde seg til sykdommen. En mann fortalte at han var svært redd fordi han til stadighet fikk pustevansker, og enkle hverdagsoppgaver var en utfordring fordi han ikke visste hvor kraftige anfallene kunne bli og når de kom. I denne perioden var det godt å ha noen å snakke med som visste hva han gikk igjennom. En eldre mann fortalte:

Jeg husker jo da jeg kom hjem, jeg var jo livredd da jeg kom hjem fra Holmestad og da de kom med videotelefonen da var det noe som gikk av skuldrene altså, du vet jo hvordan det var å ikke få puste og du var vel livredd for å få det der tilbake, får du ikke puste, du blir redd. Så når videotelefonen kom i huset så lettet det mye på trykket, og så gikk dagene og så ble jeg bedre og bedre, så når de kom å hentet videotelefonen så var det greit det. (Mann 58 år).

Andre deltakere beskrev at det var en sammenheng mellom de fysiske og psykiske aspektene ved sykdommen, og at sykdommen gjerne forverret seg hvis en først ble redd. Videotelefon samtalen var med på å bryte den vonde sirkelen. Å få snakke med kompetent personell igjennom videotelefonen hjalp de til å håndtere de psykiske

aspektene ved sykdommen, de ble roligere og de fikk utløp for angsten. Et utsagn illustrer dette:

Jeg føler det er ringvirkninger der, er du redd så blir du dårligere av bare det, så går det ut over pusten og så....dårligere og hardt for å puste, desto mer redd jeg blir desto mer går det ut over pusten. Så det er en sammenheng, fysisk og psykisk. Ja, så nå når jeg har hatt den videotelefonen og får ut denne her angsten så føles det som...jeg føler meg trygg og så føler jeg at jeg blir fortere frisk. Ja, så forblir jeg mye mer roligere og da føler jeg at jeg blir mye bedre innvendig. (Kvinne 66 år).

Likevel var det ikke alle informantene som opplevde det slik. En annen kvinne fortalte at det var godt å snakke med noen og at noen brydde seg om henne, men at det likevel ikke utgjorde noen fysisk forskjell i forhold til sykdommen. Det var trygt og godt å ha noen å snakke med, men det begrenset seg til det.

Andre fortalte at de gjennom videotelefonsamtalen kunne de få bekreftet eller avkreftet om symptomene de satt å kjente på indikerte at sykdommen hadde forverret seg eller om det for eksempel bare var værforandringer som påvirket sykdommen. Brukerne fortalte at det var en stor trygghet. En eldre kvinne fortalte at hun opplevde at hun fikk kontroll fordi de tok målinger av vitale parametere og sykepleierne bekreftet at de var i orden. Videotelefonsamtalen var for flere et fast holdepunkt i tilværelsene, bare det å kunne sette seg ved videotelefonen hver dag og bare det å få noen å snakke med var av stor betydning. Sykepleierne forstod seg på de psykiske belastningene de gikk igjennom, og motivert de til å stå på videre. Slik beskrev en eldre kvinne det:

Du kan komme til den videotelefonen med alt liksom og de ordner opp og forstår seg på alle ting og trøster oss liksom og setter mot i oss, inspirerer oss til å stå på videre. Ja, det gjør de absolutt, og at de også ser meg liksom, de kjenner meg nå etter hvert. De er så herlige de folkene, det er en god ting det altså. (Kvinne 66 år).

Flere uttrykte stor tillitt til sykepleierne de snakket med og forklarte at sykepleierne tok de på alvor. En eldre kvinne snakket om at videotelefonsamtalen var tid som var avsatt til henne og at hun var i fokus. Hun hadde stor tillitt til at sykepleierne ville ha stilt opp

for henne hvis han hadde behov for det og for eksempel ringt tilbake hvis de hadde en annen avtale og hun hadde behov for mer oppfølging:

Den samtalen er til meg og jeg ser de, og hvis det er noe så kan jeg jo si at i dag har jeg vondt og det, så vil jo de prøve på en måte. Da hadde de tatt den tiden, sagt gjør slik og slik, prøv om ikke du kan slappe av og eller ja et eller annet. Jeg tenker slik, for de har jo den tiden der til meg og hvis de vet at jeg trenger litt mer så er jeg sikker på at de stiller opp. I alle fall når du uttrykker det og de kan. (Kvinne 66 år).

Mange av intervjudeltakerne snakket om at videotelefon var et godt verktøy for å få oppfølging og kontakt når en er alene. Flere av de som selv ikke var alene var opptatt av at dette var et godt tilbud for eldre som var alene eller ensomme. En eldre kvinne som hadde samboer, fortalte at det var en kjempestøtte å ha videotelefon de gangene hun var alene hjemme og det bidro til at hun følte seg tryggere. Å være alene var i følge noen av deltakerne særlig tyngende i forhold til det å ha angst. Det var derfor viktig å få noen å snakke med. To informanter fortalte:

Den angsten er ikke bare god å hankses med, så føler du deg, spesielt jeg som bor alene, skal ikke ha noen å snakke med likevel, så blir hvert fall ikke angsten bedre og da synes jeg det er veldig godt med den videotelefonen og da får jeg snakket om det, så i grunn så virker de nesten som psykiatere og for å være helt ærlig. (Kvinne 66 år).

Det er jo klart når du er syk og sitter mye for deg selv så blir en filleting gjerne et stort problem og da var det greit å snakke med de om det. (Kvinne 67 år).

Oppsummering:

Funnene viser at informantene i studien hadde behov for psykisk støtte på grunn av redsel og angst i forbindelse med sykdommen de hadde. For noen var det en overgang å komme hjem til seg selv etter et sykehusopphold og de var usikre på hvordan de skulle klare seg hjemme. I denne perioden var det godt å få noen å snakke med som visste hva de gikk igjennom. Noen fortalte om hvordan videotelefon samtaler ga de utløp for angsten, at det var en sammenheng og gjensidig påvirkning mellom de fysiske og psykiske aspektene ved sykdommen. Videotelefon samtalen var med på å bryte den

vonde angst sirkelen. Likevel var det ikke slik for alle, andre snakket om at det var fint å få noen å snakke med, men at det ikke utgjorde noen forskjell på selve sykdommen. For andre hadde innholdet i samtalene hadde en viktig betydning, å få konferere med kompetent personell om ulike symptomer gjorde at de ble tryggere. I forhold til angst ble det å være alene trukket fram som ekstra belastende, og da var det særlig viktig å få noen å snakke med.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes funnene fra intervjuene i lys av teori og tidligere forskning. Hensikten med denne studien var å undersøke hjemmeboende eldre sine erfaringer med å bruke videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg. Kapitlet starter med å drøfte brukernes erfaringer og opplevelser knyttet til lyd- og bildekommunikasjonen, deretter drøftes informasjon og veiledning i videotelefonsamtalen, og støtte og sosial kontakt gjennom videotelefon. Til slutt drøftes konsekvenser for utformingen av helsetjenesten, og metodekritikk og overveielser.

5.1 ”Som å snakke ansikt til ansikt”

Funnene fra intervjuene viser at flere av deltakerne oppfattet samtalen over videotelefonen som nær et fysisk møte med den de snakket med og at det nesten var som å snakke ”ansikt-til-ansikt”. Å både se og høre den de snakket med syntes intervjudeltakerne var positivt. Noen betegnet det som en mer personlig kommunikasjonsform og at de fikk bedre kontakt fordi de kunne se den de snakket med. Det kan være ulike aspekter som gjør at deltakerne i studien oppfattet videotelefonsamtalen som lignende et fysisk møte. Håland og Toussaint (2013) fant i sin studie, der det var helsepersonell som kommuniserte med hverandre, at videotelefonsamtalene var nært et fysisk møte. Eldre brukere i Savolainen et al. (2007) sin studie forklarte at de fikk en følelse av tilstedeværelse fra helsepersonell da de snakket gjennom videotelefonen.

Videotelefon et synkront medium som legger til rette for både nonverbal og verbal kommunikasjon, og dermed muliggjør et nært møte mellom helsepersonell og bruker (Whittaker, 2003; Manstead et al, 2011). Tilgangen til nonverbal kommunikasjon i videotelefonsamtalen er viktig, fordi mennesker i stor grad kommuniserer gjennom ansiktsuttrykk, kroppsholdningen, gester og ved hjelp av blikket (Manstead et al., 2011; Eide & Eide, 2007; Bitti & Garotti, 2011).

Intervjudeltakerne fortalte at lyd- og bildekommunikasjonen bidro til at det ble enklere når de skulle forklare noe for sykepleieren, for eksempel ved å vise fram medikamenter eller et sår. I følge Manstead et al. (2011) og Bitti og Garotti (2011) kan lyd- og bildeoverføringer være med på å understøtte kommunikasjonene når en skal forklare noe eller når en snakker om noe som er tvetydig eller diffust. Ved hjelp av lyd og bilde kan en sikre seg at motparten har forstått budskapet eller trenger en nærmere forklaring. På den måten kan videotelefon samtalen bidra til økt opplevelse av fysisk tilstedeværelse. Savolainen et al. (2007) rapporterte at muligheten til å se brukeren var av betydning når helsepersonell skulle forklare brukeren noe eller assistere dem i utførelsen av omsorgsoppgaver.

Å bli sett av den man snakket med var av stor betydning for deltakerne i denne studien. Brukerne fortalte at kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikk-kontakt kunne være med på å styrke vurderingen til helsepersonell og bidra til at de fulgte opp tegn på at noe var i veien. Eide og Eide (2007) skriver at man får mye informasjon om samtalepartnern gjennom nonverbale uttrykk. Ofte formilder nonverbal kommunikasjon mer presist hvordan den man snakker med har det enn det som verbalt uttrykkes. Nonverbal kommunikasjon kan også være med på å bekrefte eller avkrefte det som blir sagt. På den annen side kan det nonverbale gjøre at vi trekker tvil til det som blir sagt, for eksempel når en pasient sier han eller hun har det "bare bra" og gjennom ansiktsuttrykket viser engstelse og bekymring eller sukker oppgitt. Når det ikke er samsvar mellom det som blir sagt og de nonverbale uttrykkene er det ofte slik at det nonverbale har størst gjennomslagskraft (Eide & Eide, 2007). Flertallet av brukerne i denne studien hadde en alvorlig kronisk lidelse, og noen forklarte at gjennom videotelefonen kunne sykepleierne få et bedre inntrykk av hvordan de hadde det. For eksempel om de så medtatt ut eller om de så ut til å ha det bra. Det kan være at helsepersonell gjennom videotelefonen ser at brukeren er blek, ser at brukeren er sliten eller ser smertepåvirket ut. Dette kan føre til at helsepersonell fanger opp brukerens kliniske og emosjonelle tilstand og følger det opp. I studien til Savolainen et al. (2007) rapporterte helsepersonell at nonverbale tegn var viktig når de skulle vurdere pasientens tilstand.

Funnene viser imidlertid til at det kan være vanskelig å tolke et ansiktsuttrykk og at det er en forutsetning at helsepersonell har kompetanse til å tolke og forstå nonverbale

uttrykk for at det skal kunne bidra i videotelefonsamtalen. Eide og Eide (2007) forklarer at nonverbale uttrykk må fortolkes og at mennesker ikke nødvendigvis alltid tolker tegnene korrekt. Å tolke nonverbale uttrykk er noe mennesker tilegner seg gjennom erfaring. Likevel handler det mye om å aktivt lytte og følge med på samtalepartnerens nonverbale uttrykk, vise ydmykhet og undring og kanskje sende budskapet man har fanget opp tilbake til avsenderen og be om en bekreftelse eller avkreftelse. I en videotelefonsamtale får en kun mulighet til å se ansiktet og kanskje en begrenset del av overkroppen til den man snakker med og det kan føre til at en mister noen nonverbale uttrykk. Samtidig kan det være forskjellig fra person til person hvor mye kroppsspråk som brukes. Noen kan være ivrige på å gestikulere og understreke det de snakker om, mens andre kan være mer tilbakeholdne og bruke minimalt med nonverbale gester (Eide & Eide, 2007). Hvor godt helsepersonell får fulgt opp brukerens kliniske og emosjonelle tilstand avhenger av bruk av nonverbale uttrykk, helsepersonell sin kompetanse og muligheten til å se hele personen i videotelefonsamtalen. Studier viser at helsepersonell er bekymret for oppfølging gjennom videotelefonsamtaler fordi de risikerer å miste muligheten til å være tilstede og fysisk observere brukerens tilstand (Mair et al., 2005; Mair et al., 2007). Fysiske besøk vil kunne gi et mer helhetlig bilde av tilstanden og omgivelsene rundt brukeren. Fysiske møter vil også kunne bidra med informasjon om hvor godt brukeren klarer seg hjemme.

Helsepersonell sin nonverbale kommunikasjon kan ha hatt betydning i videotelefonsamtalen. Gjennom nonverbale tegn kan helsepersonell vise brukeren at han eller hun har tid og er interessert i å snakke ved å sitte rolig, møte blikket til brukeren og ved hjelp av oppmuntrende nikk og et bekræftende ”mm”. Ved at helsepersonell lytter aktivt og nonverbalt viser tid og interesse for den andre, kan bidra til å bygge opp tillitt og en god relasjon til brukeren (Eide & Eide, 2007).

Videotelefonsamtalen ble av deltakerne sammenlignet med en vanlig telefonsamtale, og flere syntes videotelefonsamtalen var en bedre samtale. Det ble framhevet at det i videotelefonsamtalene var mer ro, en fikk tid til å tenke seg om og spørre hvis det var noe en lurte på. Enkelte deltakere fortalte at de opplevde at videotelefonsamtalen var avsatt tid til dem og de fikk sykepleierens fulle oppmerksomhet. Flere uttrykte stor tillitt til sykepleierne de hadde snakket med gjennom videotelefonen, de ble tatt på alvor og at de gjennom videotelefonsamtalen følte seg tryggere og ivaretatt. Disse funnene kan henge sammen med at brukerne fikk muligheten til å se helsepersonell og at

helsepersonell nonverbalt viste tegn til at de aktivt lyttet og tok seg tid til brukeren. Arnaert og Delesie (2001) trekker fram at videotelefonsamtaler legger til rette for en naturlig kommunikasjonsform og kan bidra til å utvikle et personlig tillitsforhold mellom pasienten og helsepersonell. Den personlige oppmerksomheten brukeren får i videotelefonsamtalene skaper nærhet og trygghet som er av betydning når en snakker om behov, forventninger og følelser. Jönsson og Willman (2008) fant i sin studie at pasientene syntes det var positivt å kunne se den de snakket med via videotelefon, det å se et ansikt bidro til trygghet og hadde en beroligende effekt.

Under intervjuene kom det fram at det nok ikke er alle som vil like å kommunisere ved hjelp av både lyd og bilde og for noen kan det være bedre å snakke sammen i telefonen. Noen få uttalte at det var bedre å snakke i vanlig telefon og at årsaken til dette var at det var forstyrrende å både måtte rette oppmerksomheten mot bildet av den andre personen og følge med på samtalen. Litteraturen støtter opp om at det kan være utfordringer knyttet til videotelefonsamtaler. Å se bildet av både seg selv og den man snakker med under en videotelefonsamtale kan virke forstyrrende på samtalen og kan føre til at personene mister fokus eller retter oppmerksomheten mot bildet av seg selv i stedet for den man snakker med (Parkinson & Lea, 2011). Ugunstig plassering av kameraet som ikke gir anledning for blikk-kontakt som ved et fysisk møte, kan være forstyrrende og samtalepartnerne kan bli usikre på hvor den andre ser eller hva blikket betyr (Bitti & Garotti, 2011). Nærbilde av samtalepartneren kan føre til at den man snakker med virker nærmere enn man ønsker eller er komfortabel med. Brukerne kan forsøke å kompensere for dette ved å snakke om temaer av mindre personlig art (Parkinson & Lea, 2011). Eller føre til at brukerne ikke ønsker å snakke med helsepersonell på denne måten. Tekniske problemer kan gi usynkronisert lyd- og bildeoverføringer, som kan være irriterende og gjøre det vanskelig å opprettholde en god dynamikk i samtalen (Parkinson & Lea, 2011). At noen foretrekker telefon framfor videotelefon kan henge sammen med at telefon er en mediert kommunikasjonsform som har eksistert i veldig mange år og mennesker ser kanskje derfor ikke på telefonen som noen ”ny” eller avansert teknologi.

5.2 Informasjon og veiledning i videotelefon samtalen

Et gjennomgående tema i denne studien var at brukerne manglet kunnskaper og var usikre på hvordan de skulle forholde seg til sin kroniske lidelse, noe som gjorde at flere hadde mange spørsmål og behov for informasjon og veiledning etter et sykehusopphold. Det kan være ulike aspekter som førte til at informantene i studien hadde så mange spørsmål etter at de hadde kommet hjem og hvordan oppfølgingen gjennom videotelefonen imøtekom behovet for informasjon og veiledning.

Flere brukere snakket om kort liggetid på sykehuset. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB, 2014) går liggetiden for pasienter i somatiske sykehus stadig nedover, gjennomsnittlig liggetid har gått fra 5,2 dager i 2004 til 4,0 dager i 2013. En stor andel av pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten har alvorlige sykdommer og med stadig kortere liggetid skaper det betydelige utfordringer både for pasienter og helsepersonell (Sørli & Bergvik, 2013). Under et sykehusopphold skal for eksempel pasienten gjennom en rekke undersøkelser og behandlinger, hjemmesituasjonen skal kartlegges og utskrivelsen skal planlegges (Halse, 2013). På kort tid kan pasienten få mye informasjon om det som skal skje her og nå i tillegg til informasjon som er relevant etter utskrivelsen. Samtidig kan pasienten være sliten, smertepåvirket og ha mindre overskudd på grunn av sykdommen de ligger inne for, noe som vil kunne påvirke deres evne til å motta informasjon og stille spørsmål om det de lurer på (Halse, 2013; Ranhoff, 2008b). Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har pasienter en lovfestet rettighet til å få informasjon om helsetilstand og helsehjelpen som skal gis. Likevel er ikke alltid informasjonen pasienten har fått på sykehuset nødvendigvis tilstrekkelig fordi pasienten kan ha mestret sin situasjon på sykehuset der forholdene er mer tilrettelagt. For eksempel tar ofte sykepleierne seg av medikament håndteringen for pasienten på sykehus. Kanskje er det først når pasienten kommer hjem at utfordringer oppstår og nye spørsmål dukker opp (Christiansen, 2013a, 2013c). I en studie av overføringer av skrøpelige eldre pasienter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten trekkes det fram at eldre i liten grad er forberedt på når de skal skrives ut fra sykehus og overføres til et lavere omsorgsnivå (Storm, Siemsén, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014). Å forberede pasientene i rimelig tid før utskrivelse, formidle informasjon om medisiner, hvor pasienten skal videre etter utskrivelse, oppfølging fra kommunen og særlig informasjon om forhold pasienten må ta hensyn til etter utskrivelsen er blant

annet områder som krever forbedring. En forbedring på disse områdene kan ha betydning for pasientenes opplevelse av kontroll ved utskrivelse, pasientens egenomsorg og redusere risikoen for re-innleggelser (Storm, et al., 2014; Piranio, Heckman, Glenny & Stolee, 2012).

Funnene peker på at brukerne gjennom videotelefonsamtalen fikk veiledning, rettleiding og undervisning, som er hjelpemetoder rettet mot å fremme brukerens egenomsorg (Orem, 2001). Egenomsorg dreier seg i stor grad om kunnskap og evnen til egenomsorg er en sentral helseressurs hos eldre for å mestre dagliglivet i eget hjem (Orem, 2001; Høy et al., 2007). Veiledning og rettleiding kan ses i sammenheng med at deltakerne i studien gjennom videotelefonsamtalen hadde fått muligheten til å konsultere med en sykepleier hvis de for eksempel ikke følte seg helt i form en dag og kunne sammen med sykepleieren vurdere om de burde oppsøke lege eller om de skulle forsøke å være hjemme. Gjennom videotelefonsamtalen hadde brukerne fått forslag og råd vedrørende ernæring, håndtering av utfordringer i hverdagen samt instruksjoner om medikamentelt bruk. Videotelefonsamtalene kan også se ut til å ha hatt en undervisende tilnæringsmåte. For eksempel trakk brukerne fram at de hadde fått informasjon om symptomer de måtte holde øye med og hvordan de skulle håndtere dette. Brukerne hadde blitt forklart forebyggende tiltak og hensiktsmessige øvelser for å lette på symptomer. Noen hadde også gjort fysiske øvelser sammen med sykepleierne de snakket med.

Informasjonen og veiledningen brukerne hadde fått i videotelefonsamtalen stod som en motsetning til informasjonen og veiledningen på sykehuset. Hjelpemetodene for å fremme egenomsorg kan ha bidratt mer effektivt etter at brukerne kom hjem fra sykehuset. Det kan tenkes at brukerne kan ha vært mer mottakelig for informasjon etter at de har kommet hjem. Tilstanden kan ha bedret seg, de kan være mer opplagt og mindre smertepåvirket (Christiansen, 2013a, 2013c). Når brukeren kommer hjem etter et sykehusopphold kan imidlertid nye spørsmål dukke opp og daglige videotelefonsamtaler kan ha gitt de muligheten til å kontinuerlig spørre og få svar på spørsmål som var relevant i hjemmesituasjonen. Enkelte forklarte at veiledningen de hadde fått i videotelefonsamtalen var noe de kjente igjen fra tidligere og at sykepleierne hadde hatt journalen foran seg og dermed kunne svare mer utfyllende. Funnene peker på at videotelefonen kan fungere som et brobyggende verktøy mellom sykehus og hjem,

gjennom å kvalitetssikre informasjonen gitt på sykehuset, supplere og følge opp manglende informasjon. Danský et al. (2008) trekker fram at helsepersonell ved bruk av videotelefonsamtaler kan være i stand til å forsterke veiledningen av pasienter mer effektivt eller oftere enn det lar seg gjøre ved vanlig hjemmesykepleie, slik at pasientene involveres mer i sin egenomsorg og dermed bedre forstår forholdet mellom symptomer og nødvendige tiltak.

Noen av intervjudeltakerne i denne studien snakket om at de ikke fikk skikkelige svar fra leger og sykepleiere på sykehus og at dette førte til at de hadde mange spørsmål etter utskrivelsen. Christiansen (2013b) peker på at sykepleiere ofte gir informasjon og veiledning samtidig som de utfører andre oppgaver, som underveis i morgenstellet eller samtidig som de hjelper pasienten med å utføre fysiske øvelser. Kanskje får ikke pasienten med seg hva de blir informert om fordi de må ha fokus på flere ting samtidig. Måten legevisitten er lagt opp på kan føre til at pasientene synes det er vanskelig å stille spørsmål, fordi det ofte foregår med andre pasienter til stedet og kan være preget av tidspress. Dette kan også påvirke pasientens mottakelighet for informasjon (Christiansen, 2013c). Christiansen (2013c) og Halse (2013) peker på at helsepersonell på sykehus gjerne er flinke til å minne pasientene på at de bare må spørre hvis det er noe de lurer på, men at pasientene kan bli påvirket av nonverbale tegn på at de har det travelt. Dette kan føre til at pasientene blir tilbakeholdne med å stille spørsmål og tørr kanskje ikke å være til bry.

Informantene fortalte at de fikk skikkelige svar av sykepleierne de snakket med i videotelefonen, at de var flinke å forklare og at de uoppfordret informerte om viktige aspekter brukerne burde ta hensyn til. Dette kan henge sammen med at sykepleierne de snakket med i videotelefonsamtalen ikke oppleves like travle som de på sykehuset. Som tidligere belyst i drøftingen kan helsepersonell sin nonverbale kommunikasjon ha bidratt her. Når samtalen har mer ro over seg og brukerne opplever at tiden er til dem, kan det legge til rette for bedre informasjonsformidling, mottakelighet og kanskje blir det lettere for brukerne å spørre om det som opptar dem. Det at videotelefonsamtalen kun legger til rette for en samtale og ikke kan bidra med noe fysisk hjelp, kan kanskje føre til at både bruker og helsepersonell blir mer fokusert på selve samtalen og at brukeren blir mer bevisst på å utnytte denne samtalen til å spørre om det de lurer på.

Mye av informasjonen gitt på sykehus har ofte et standardisert innhold og er i mindre grad individuelt tilpasset (Sørli & Bergvik, 2013). For at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg av informasjon og veiledning kan det være helt sentralt å få dette individuelt tilpasset. Individuelt tilpasset informasjon og veiledning krever at helsepersonell setter seg inn i situasjonen til den eldre og kartlegger hvilke behov han eller hun har for informasjon og veiledning (Gammersvik, 2012; Christiansen, 2013c; Orem, 2001). Sviktende helse kan true viktige verdier som autonomi og muligheten til å leve et selvstendig liv, samt påvirke livskvaliteten til den eldre (Berg, 2012; Kirkevold, 2008). Kanskje opplever den eldre situasjonen som alvorlig, noe han eller hun har opplevd før at ikke har gått så bra eller at situasjonen er ny og usikker (Gammersvik, 2012; Christiansen, 2013c). Funnene viser at videotelefon samtalen kan være en dialogpreget måte for formidling av helseinformasjon, som er viktig når en skal tilpasse informasjonen etter den eldre sine individuelle behov (Christiansen, 2013d). Enkelte intervjudeltakere forklarte at sykepleierne gjerne startet med å spørre om hvordan de hadde det, sykepleierne kunne gripe fatt i temaer som dukket opp underveis, som de snakket mer inngående om. Andre fortalte om at sykepleierne uoppfordret kom med råd mens de fortalte om deres hverdag. Dette kan tyde på at sykepleierne i videotelefon samtalen var aktive lyttere og la til rette for at brukerne fikk formidlet sine tanker og behov, noe som er sentralt for å kunne tilpasse informasjonen til den enkelte.

5.3 Støtte og sosial kontakt gjennom videotelefon

Helsesvikt hos eldre krever fokus på personens emosjonelle situasjon. Å ivareta egenomsorg krever ikke bare fysiske krefter, men også psykiske krefter og motivasjon hos pasienten (Halse, 2013; Kirkevold, 2008). Pasienter har ikke bare behov for medisinsk behandling, de trenger også støtte for sine tanker og følelser under et behandlingsforløp (Christiansen & Maier, 2013). Informantene i studien fortalte at de hadde behov for psykisk støtte spesielt på grunn av bekymringer og angst i forbindelse med sin kroniske sykdom. For noen var det en overgang å komme hjem til seg selv etter et sykehusopphold og de var usikre på hvordan de skulle klare seg hjemme. Å gi fysisk og psykisk støtte er en viktig del av sykepleierens oppgave (Orem, 2001). I videotelefon samtalen kan helsepersonell først og fremst bidra med psykisk støtte, ved å gi verbal oppmuntring, understøtte pasientens anstrengelser for å ivareta sin egenomsorg og bidra med støtte når brukeren skal ta en avgjørelse. I følge Boesen

(2013) kan det å bli alvorlig syk føre til at pasienten blir usikker på sin egen kropp og mange har derfor en tendens til å bli overfokuset på kroppens signaler. Ethvert symptom kan tolkes som at noe er alvorlig galt eller at man har fått et tilbakefall. Dette fører til bekymring og kan gi angst. I slike tilfeller har mennesker behov for støtte og få noen å snakke med (Boesen, 2013). Gjennom videotelefonsamtalen kunne brukerne få bekreftet eller avkreftet om symptomene de kjente på indikerte sykdomsforverring, og brukeren fortalte at dette var en stor trygghet. De opplevde at de i mindre grad ble overlatt til seg selv etter et sykehusopphold fordi noen daglig fulgte de opp, og videotelefonsamtalene var en stor støtte i hverdagen. Videotelefonsamtalene bidro til at de fikk noen å snakke med og ikke satt alene med vonde tanker.

Hvorvidt videotelefonsamtaler kan bidra til å støtte eldre brukere slik at de kan fortsette å bo hjemme, var det delte meninger om blant intervjudeltakerne. Noen snakket om at oppfølgingen kunne bidra til at en unngikk re-innleggelser på sykehus, fordi de daglig var i kontakt med noen, det bidro til at de følte seg tryggere hjemme og støtten kunne bidra til at de fikk bygget seg opp psykisk etter et sykehusopphold. Andre intervjudeltakere var tydelig på at oppfølging gjennom videotelefon ikke kunne bidra til at de kunne fortsette å bo hjemme, fordi de ville trenge en annen type oppfølging, som fysisk assistanse og andre typer hjelpemidler. Brukerne var også tydelige på at eldre med demens eller kognitiv svikt kan få problemer med å bruke videotelefon. Samtidig var det få intervjudeltakere som presiserte at de ønsket fysiske besøk framfor oppfølging gjennom videotelefon ut fra den situasjonen de var i da de ble intervjuet.

Studier viser at oppfølging gjennom videotelefon kan bidra til at hjemmeboende eldre føler seg tryggere (Stern et al., 2012; Finkelstein et al., 2004; Savolainen et al., 2008), men at eldre brukere kan se ut til å foretrekke en kombinasjon av fysiske besøk og videotelefonsamtaler (Botsis & Hartvigsen, 2008). Botsis og Hartvigsen (2008) trekker også fram at oppfølging gjennom videotelefonsamtaler vil for enkelte pasientgrupper være lite egnet, for eksempel pasienter med demens, pasienter med behov for kontinuerlig oppfølging fra helsepersonell eller pasienter som er kritisk syke og trenger kontinuerlig overvåkning.

Under intervjuene snakket noen av deltakerne om at videotelefonen kunne bidra til sosial kontakt. I følge Orem (2001) er behovet for sosial kontakt et grunnleggende

behov som er felles for alle mennesker, og hjelpemetoden tilrettelegge og opprettholde et miljø som støtter personlig utvikling, innebærer å legge til rette for at brukeren får sosial kontakt med andre mennesker. Videotelefon kan være en del av et utviklende miljø ved å tilrettelegge for sosial kontakt. I følge intervjudeltakerne var det å få noen å snakke med oppmuntrende og det var et lite avbrekk i hverdagen. Andre snakket om at videotelefon kunne redusere sosial isolering, slik at eldre som ikke kom seg ut og ikke hadde kontakt med andre kunne få kontakt ved hjelp av videotelefonen. Flere snakket om at det hadde vært fint å fått mulighet til å få snakket med venner og familie gjennom videotelefonen. Studier viser at videotelefonsamtaler kan bidra til å redusere ensomhet hos eldre og bidra til at de får sosial kontakt med andre (Savolainen et al., 2008; Willems & Vlaskamp, 2008). I en studie av Sävenstedt, Sandman og Zingmark (2006) trekker helsepersonell fram at videotelefon kan være et bidrag til at eldre blir mindre isolert og får noen å snakke med som forstår deres situasjon, men det avhenger av hvordan helsepersonell legger til rette for en god relasjon til brukeren i videotelefonsamtalen. Helsepersonell var bekymret for at teknologiske løsninger som videotelefon kan føre til at nærheten som følger med et fysisk besøk hos den eldre brukeren blir redusert eller erstattet med en distansert kommunikasjonsform og overfladiske relasjoner til brukeren. Fysisk tilstedeværelse ble ansett som viktig for samhandlingen med eldre mennesker og for den eldre sin sosiale kontakt.

5.4 Konsekvenser for utformingen av helsetjenesten

Ved utforming av et tjenestetilbud som skal gis ved hjelp av videotelefon kan det være ulike aspekter å ta i betraktning. Under intervjuene snakket flere av brukerne i studien om at videotelefon bidrar til at kompetent personell blir mer tilgjengelig for dem. Når personer har helsesvikt har de i følge Orem (2001) økt behov for å komme i kontakt med helsepersonell for å få bistand til å ivareta sin egenomsorg. Noen av intervjudeltakere fortalte at utenom fastlegen var det ingen andre å henvende seg til etter et sykehusopphold, og at fysiske funksjonsnedsettelse og dårlig allmenntilstand kan gjøre det vanskelig å komme seg til lege. Hadde det ikke vært for oppfølgingen gjennom videotelefonen hadde de i stor grad blitt overlatt til seg selv. Dette gjaldt i hovedsak brukerne som ikke hadde hjemmesykepleie. Deltakerne som hadde hatt videotelefon etter et sykehusopphold hadde daglige videotelefonsamtaler. Når

sykepleierne som administrerte videotelefonen hadde gått av vakt, hadde disse deltakerne mulighet til å ringe en vakttelefon ved samme institusjon og få oppfølging hvis de hadde behov for det. Ingen av informantene hadde benyttet seg av denne muligheten, men de var tydelige på at det var godt å ha noen i bakhånd hvis det skulle bli nødvendig.

Stern et al. (2012) belyste også brukernes utfordringer med å komme i kontakt og få hjelp fra helsepersonell, og at videotelefonen bidro til at helsepersonell blir mer tilgjengelig. Det var enkelt å få tak i helsepersonell når de trengte det og tilgjengeligheten kunne bidra til økt trygghet og bedre oppfølging ved utfordringer knyttet til håndtering av smerter og ulike symptomer. Arnaert og Delesie (2001) peker på at eldre kan oppleve at informasjon om helse og sykdom blir mindre tilgjengelig. Både på grunn av utfordringer knyttet til helsetilstanden i økende alder, men også fordi informasjonskanaler som internett ikke nødvendigvis er et verktøy eldre bruker i utstrakt grad. I følge Sosial- og helsedirektoratet (2005) innebærer god kvalitet i helsetjenesten blant annet at tjenestene er tilgjengelige for brukerne. Tilgjengeligheten videotelefonen kan legge til rette for kan bidra til kvalitet i tjenesten ved at brukerne får råd, veiledning, psykisk støtte og undervisning rettet mot ivaretagelse av egenomsorg når de trenger det. Hjelpemetodene blir benyttet i deres hjemmesituasjon der de har behov for å ivareta sin egenomsorg og videotelefonsamtalene kan daglig støtte brukerne, bidra til å holde motivasjonen oppe og synliggjøre deres ressurser (Arnaert & Delesie, 2001; Dansky et al., 2008; Demiris et al., 2001).

Videotelefon i helsetjenesten kan kreve en endring i organiseringen av helsetjenestene. Flertallet av intervjudeltakerne i denne studien hadde en alvorlig kronisk sykdom og det var i hovedsak disse deltakerne som fremhevet behovet for informasjon, støtte og veiledning. For å kunne møte disse brukernes behov fremkommer det av funnene at det er behov for sykepleiere med høy spesialisert kompetanse vedrørende en spesifikk sykdom og at helsepersonell som betjener videotelefonen er tilgjengelige for brukerne når de trenger det.

Pasienter med behov for oppfølging etter et sykehusopphold får i hovedsak hjemmesykepleie når de skrives ut til hjemmet. I følge Or et al. (2009) kan det være ulike utfordringer i hjemmetjenesten knyttet til å møte brukernes behov for informasjon

etter et sykehusopphold. Som tidligere nevnt, kan ulike aspekter ved en sykehusinnleggelse føre til at brukerne får mangelfull opplæring eller utilstrekkelige instruksjoner eller informasjon vedrørende egenomsorg før utskrivelse. For helsepersonell som yter hjelp til hjemmeboende brukere kan dette føre til at de må bruke mye tid på å veilede og lære opp pasientene til å ivareta sin egenomsorg. På grunn av mangel på tid og ressurser i hjemmetjenesten, kan det være en stor utfordring. Besøkene fra hjemmesykepleien kan være brukernes eneste mulighet for å tilegne seg informasjon og dermed får brukeren kun informasjon når helsepersonell er tilstede. Som igjen medfører en ekstra belastning for helsepersonell for å imøtekomme dette behovet. Samtidig har ikke sykepleiere som yter omsorg til hjemmeboende brukere nødvendigvis tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å møte de ulike brukernes mange spørsmål etter et sykehusopphold (Or et al., 2009).

Hvilken kompetanse helsepersonell trenger for å følge opp brukere etter et sykehusopphold gjennom videotelefonen kan derfor være viktig å ta i betraktning i utformingen av en tjeneste som skal gis gjennom videotelefon. Kompetansen helsepersonell trenger kan være annerledes dersom tjenesten skal være spisset mot eldre med en spesifikk sykdom, enn dersom videotelefon skal brukes til tilsyn hos eldre brukere som ikke har behov for spesifikk tilrettelagt informasjon og veiledning. Hvor lenge eldre brukere med en alvorlig kronisk sykdom har behov for oppfølging etter et sykehusopphold er også noe å ta stilling til. Funnene viser at dette kan være individuelt. Noen brukere ønsket å ha videotelefon lengre enn de to ukene de fikk tilbud om, noen få fortalte at de hadde foretrukket å hatt videotelefonen permanent. Andre brukere fortalte at to uker var tilstrekkelig, fordi de mot slutten av perioden hadde mindre å snakke om og færre spørsmål å ta opp med sykepleierne.

Implementering av videotelefon i helsetjenesten kan trolig bidra til en bedre utnyttelse av personalressurser (Aanesen et al., 2009). Å utnytte ressurser på en god måte kan bidra til kvalitet i helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ved bruk av videotelefon kan kanskje personalressurser organiseres mer effektivt og til de brukerne som trenger det mest. Når videotelefonsamtaler anvendes i stedet for fysiske besøk hos brukeren der dette er forsvarlig, kan helsepersonell slippe å kjøre ut til enkelte brukere og kan kanskje også rekke å ha videotelefonsamtaler med flere brukere i løpet av en vakt. Særlig ute i spredtbygde deler av landet der helsepersonell bruker mye tid på å

kjøre mellom brukerne vil videotelefonsamtaler kunne være en god måte å organisere tilsynsbesøk (Aanesen et al., 2009). I en undersøkelse av Doolittle (2000) og Finkelstein, Speedie og Potthoff (2006) trekkes det fram at kostnadene ved videotelefon-besøk kan bli lavere enn besøk i hjemmet hos brukere i hjemmetjenesten.

En kan undre seg om styrking av den eldre sin egenomsorg rettet mot uavhengighet av helsetjenester og selvhjulpenhet i eget hjem egentlig handler om økonomi i helse- og omsorgstjenesten. Et for stort fokus på at den eldre skal bli uavhengig i utøvelsen av egenomsorg kan være uheldig. Særlig dersom det å utøve selvstendig egenomsorg blir sett på som et ideal og avhengighet av helsehjelp blir betraktet som noe negativt i seg selv (Kirkevold, 2008). Helsepersonell må respektere at eldre ikke alltid makter å utøve egenomsorg på grunn av deres sykdom eller fysiske begrensninger i økende alder, og at den eldre sin kapasitet til å utøve egenomsorg vil kunne endre seg (Kirkevold, 2008; Orem, 2001). Et for stort fokus på å styrke egenomsorg når den eldre uttrykker at dette ikke er ønskelig og heller ønsker mer hjelp, kan i verste fall oppleves krenkende eller ydmykende for den eldre (Kirkevold, 2008). Helsepersonelloven (1999) § 4 om faglig forsvarlig yrkesutøvelse, innebærer at helsepersonell både skal vise respekt og omtanke for pasient og bruker, samt at en plikter å gi omsorgsfull hjelp. Å unnlate å gi tilstrekkelig hjelp til den eldre vil helt klart ikke være i tråd med kravet om faglig forsvarlighet (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

For at videotelefonsamtaler skal kunne bidra til å skape en god relasjon mellom helsepersonell og bruker er det viktig at helsepersonell har fokus både på brukerens nonverbale kommunikasjon og deres egen nonverbale fremtreden. Kanskje trenger helsepersonell mer kunnskap og opplæring i bruk av nonverbal kommunikasjon og hvordan de skal tolke brukernes nonverbale uttrykk. Bulik (2008) undersøkte menneskelige faktorer i videotelefonsamtaler mellom helsepersonell og brukere. Studien viser at helsepersonell gjerne ”går rett på sak” i en videotelefonsamtale i motsetning til hva de gjør under et fysisk møte med brukere, og at forstyrrelser (for eksempel hvis helsepersonell fikler med håret samtidig som hun eller han snakker med brukeren) gjerne blir ekstra tydelig under en videotelefonsamtale. I følge Bulik (2008) er det flere forhold helsepersonell bør ta hensyn til under en videotelefonsamtale slik at samtalen og oppfølgingen av brukeren blir så optimal som mulig. Det er en fordel å starte med en hverdagslig samtale for å vise at en er interessert i å snakke med brukeren.

Det er viktig å tilpasse tonefall, måten en stiller spørsmål på og legge inn ”pauser” i samtalen for å gi brukeren tid til å respondere på det som blir sagt. For å forsterke opplevelsen av nærhet i videotelefonsamtalen foreslår Bulik (2008) at helsepersonell har fokus på nonverbale uttrykk som viser at de aktivt lytter, for eksempel ved å sitte henvendt mot brukeren. Når helsepersonell vender seg vekk fra skjermen i videotelefonsamtalen, for eksempel for å sjekke journalen til brukeren er det viktig å forklare dette i samtalen, slik at brukeren får med seg hva som skjer.

Intervjudeltakerne i denne studien var på forhånd positive til å få videotelefon, noen fortalte at de ikke hadde så mange tanker rundt det å få videotelefon, men at de ble positivt overrasket over hvor klart de så personen og hvor enkelt det var å motta en samtale. I en studie av van der Kleij, Paashuis, Langefeld og Schraagen (2004) kommer det fram at flere av aspektene som gjør at videotelefon skiller seg fra et fysisk møte i stor grad jevnes ut etter hvert som personene blir vant til å bruke denne kommunikasjonsformen og at dette henger sammen med at mennesker evner å tilpasse seg nye kommunikasjonsformer. Finkelstein et al. (2004) trekker fram at den gruppen eldre som hadde brukt videotelefon hadde et mer positivt syn på videotelefon i motsetning til de i kontrollgruppen som ikke hadde brukt videotelefon. Dette kan illustrere viktigheten av at eldre bør få muligheten til å bli kjent med teknologien slik at de kan bli fortrolig med den. Å få muligheten til å bli kjent med teknologien og få erfaring med hvordan den fungerer ble framhevet av enkelte deltakere i denne studien. Det ble foreslått at brukere kunne ha fått muligheten til å gjøre seg kjent med videotelefon mens de enda er på sykehuset. Kanskje kan det å få opplæring og få gjort seg kjent med videotelefonen før en kommer hjem til seg selv bidra til at den eldre føler seg tryggere i overføringen mellom sykehus og hjem, fordi de vet hvordan videotelefonen fungerer og har forstått hvordan oppfølgingen vil foregå. Alternativt kan eldre som ikke har vært innlagt på sykehus få fysiske besøk som vanlig i en overgangsperiode der de gjør seg kjent med videotelefonen.

5.5 Metodekritikk og overveielser

Gjennom arbeidet med denne studien, har jeg hatt fokus på studiens validitet og reliabilitet. Dette har jeg forsøkt å være bevisst på, både underveis i datainnsamlingen og i analysen hvor jeg har foretatt en tolkning av dataene. Jeg har forsøkt å ha et kritisk

blikk på arbeidet, og reflektert over styrker og svakheter ved mine fremgangsmåter og studien som helhet. Som nevnt i metodekapitlet kan forskerens forforståelse og tolkning i analysen påvirke resultatene. Jeg har gjort rede for mitt faglige ståsted og gjennom en detaljert beskrivelse av metoden, analysen og tolkningene, slik jeg har gjort i metodekapitlet, har jeg forsøkt å gjøre alle steg i studien transparente (Thagaard, 2009). Gyldigheten av analyse og tolkninger ble, som nevnt tidligere, forsøkt styrket ved at andre har lest igjennom datamaterialet og gitt innspill i forhold til analysen.

For å sikre at intervjuguiden hadde forståelige spørsmål og for at jeg skulle få svar på min problemstilling ble intervjuguiden utarbeidet med noen spørsmål fra et av hovedprosjektets intervjuguiden og i samarbeid med veileder. I tillegg har jeg utført et pilotintervju for å teste spørsmålene i intervjuguiden. I ettertid ser jeg at det kunne ha vært en fordel å hatt en pilotdeltaker som hadde erfaring med å bruke videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell. Det kunne i større grad ha bidratt til å validere ordlyden på spørsmålene, da mange av spørsmålene krevde erfaring som pilotdeltakeren ikke hadde og derfor ikke klarte å svare på. På grunn av utfordringene knyttet til å få et tilstrekkelig antall informanter ble det gjort en avveining på at det var viktigere å få nok deltakere til studien enn å utføre flere pilotintervju. Imidlertid oppdaget jeg gjennom intervjuprosessen at bedre spørsmålsformuleringer og støttespørsmål dukket opp og disse ble da inkludert i intervjuguiden.

Et overraskende funn for meg var at brukerne jeg intervjuet forklarte at videotelefonsamtalen nesten var som å snakke ansikt-til-ansikt eller nesten som å ha besøk. Dette krevde at jeg måtte sette meg inn i ”ny” litteratur. Innenfor kvalitativ forskning og ved bruk av et eksplorerende design er det vanlig at det teoretiske perspektivet endrer seg på grunnlag av hva som fremkommer av funnene (Thagaard, 2009). Observasjon som metode i tillegg til intervju kunne gitt studien annerledes data og bedre innsikt i nonverbal kommunikasjon i videotelefonsamtalen, fordi det mennesker sier de gjør kan skiller seg fra hva de faktisk gjør (Thagaard, 2009). Observasjon kunne ha gitt mer innsikt i hvordan nonverbal kommunikasjon kan bidra i helsepersonell sine vurderinger av brukerens helsetilstand og i relasjonen mellom bruker og helsepersonell. Innenfor rammene for masteroppgaven var det ikke gjennomførbart med både individuelle intervju og observasjon, fordi dette hadde blitt for tidkrevende.

Et viktig steg i forskningsprosessen er utvelgelsen av informanter. I denne studien var det noen utfordringer knyttet til å få tak i nok deltakere. I det geografiske området der utvalget ble gjort gjennom et tilfeldig utvalg, ble det trukket ut to informanter som var under 60 år. For å få et tilstrekkelig antall informanter valgte jeg derfor å inkludere disse, til tross for at dette ikke var i tråd med mine opprinnelige inklusjonskriterier og hvilke aldersgrupper som defineres som eldre. Det å inkludere noen få yngre brukere i studien kan bety at de ikke har samme utfordringer knyttet til egenomsorg som eldre brukere og kan ha bedre forutsetninger for å klare seg selv hjemme. Begge informantene som var under 60 år hadde en alvorlig kronisk lidelse med behov for oppfølging i fra helsetjenesten etter et sykehusopphold. De hadde flere helseutfordringer og utfordringer knyttet til egenomsorg. Hovedvekten av informantene i denne studien var imidlertid mellom 66 og 85 år, og var dermed innenfor aldersgruppen som defineres som eldre.

Flertallet av deltakerne hadde kun hatt videotelefon over en kortere tidsperiode, med unntak av enkelte som hadde hatt videotelefon flere ganger og en deltaker som hadde hatt videotelefon ett år. Flere brukere med lengre erfaring med videotelefon kunne ha gitt mer innsikt i hvordan eldre erfarer å bruke videotelefon over tid i kommunikasjon med helsepersonell. Samtidig var det noen av deltakerne som hadde en del erfaring med bruk av lyd- og bildekommunikasjon til private formål. Dette kan ha bidratt med viktige erfaringer i forhold til bruk av videotelefon og det sosiale aspektet ved bruk av videotelefon.

I denne studien intervjuet jeg 14 hjemmeboende eldre og har fått innsikt i en liten knippe enkeltmenneskers subjektive erfaringer med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg. En styrke for studien er at jeg har fått en relativt stor spredning i alder på deltakerne, at data er innsamlet fra to ulike geografiske områder, både kvinner og menn er inkludert, og deltakerne hadde hatt videotelefon for ulike formål. Intervjudeltakere med varierende erfaringer kan øke muligheten for å fram ulike aspekter av fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2010). Gjennomgående synes brukerne til å være positive til videotelefon og det å få en slik oppfølging i fra helsetjenesten. Dette kan ha ført til at deltakerne hadde lettere for å se fordelene med en slik oppfølging. Eldre med en negativ innstilling til videotelefon kunne ha bidratt med

andre erfaringer og belyst flere begrensinger med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell.

Etter min vurdering har jeg gjennom denne studien lært mye om fremgangsmåten i en kvalitativ studie, og gjennom individuelle intervju fått data som har gitt troverdig kunnskap om hjemmeboende eldre sine erfaringer med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell. Funnene gir ingen entydige svar på hvordan eldre erfarer bruk av videotelefon i helsetjenesten. Jeg har tro på at en del av erfaringene som jeg kom fram til i denne studien er noe andre hjemmeboende eldre eller eldre med andre kroniske lidelser vil kunne kjenne seg igjen i. Jeg har i denne studien gitt mine vurderinger av studiens troverdighet og overførbarhet, men det er til slutt opp til leseren å bedømmer om resultatene og tolkningene kan anses som troverdige og overføres til en annen kontekst (Malterud, 2011).

6.0 Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvilke erfaringer hjemmeboende eldre har med bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell og hvordan videotelefonsamtaler kan bidra til den eldre sin egenomsorg. Resultatene viser at hjemmeboende eldre generelt er positive til bruk av videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell og at oppfølging gjennom videotelefonsamtalen kan bidra til trygghet for den eldre brukeren. I samsvar med tidligere forskning på området, kan videotelefon kan være et nyttig verktøy i helsetjenesten når det gjelder oppfølging av hjemmeboende eldre, og for å kontinuerlig følge opp og formidle informasjon etter sykehusinnleggelse, og for å støtte eldre sin egenomsorg.

Videotelefon tilbyr lyd- og bildeoverføringer i sanntid og funnene peker på at videotelefonsamtalen ligger nært opp til et fysisk møte mellom bruker og helsepersonell. Helsepersonell kan nonverbalt vise at de lytter aktivt og tar seg tid til brukeren, dette kan legge til rette for bedre informasjonsformidling og kan gjøre det lettere for brukerne å spørre om det som opptar dem. Tilgang til brukerens nonverbale kommunikasjon i videotelefonsamtalen kan bidra til at helsepersonell fanger opp brukerens emosjonelle behov og kliniske tilstand. Men fordi mennesker er forskjellige og i ulik grad bruker nonverbal kommunikasjon og fordi videotelefon gir et begrenset bilde av brukeren kan det føre til at helsepersonell går glipp av viktig informasjon om brukerens helsetilstand. Fysiske besøk vil alltid være nødvendig for å foreta en helhetlig vurdering. Ved bruk av videotelefon i helsetjenesten kan det være nødvendig at helsepersonell får opplæring for å styrke sine kommunikasjonsferdigheter generelt og spesielt i forhold til nonverbale ferdigheter.

Videotelefon kan gjøre helsepersonell mer tilgjengelig for brukeren. Tilgjengeligheten kan gi trygghet, kontinuerlig oppfølging som kan hjelpe brukeren med å ivareta egenomsorg i hverdagen. Videotelefonsamtalen med helsepersonell kan ivareta brukerens behov for sosial støtte, og kan redusere angst og ensomhet. Gjennom videotelefonen kan brukeren få noen å snakke med og få utløp for sine bekymringer.

Om implementering av videotelefon i helsetjenesten og styrking av eldre sin egenomsorg skjuler en økonomisk agenda er noe å tenke over. En overfokusering rettet

mot egenomsorg og uavhengighet hos eldre kan være uheldig. Helsepersonell må respektere den eldre brukerens ønsker og behov og tilrettelegge videotelefonoppfølgingen deretter. Oppfølging gjennom videotelefon vil trolig ikke være egnet for eldre med fysiske funksjonsnedsettelse som har behov for stor grad av fysisk pleie og eldre med kognitiv svikt.

Bruk av videotelefon i helsetjenesten kan forde en endring i organiseringen av tjenesten. I utformingen av et tjenestetilbud for hjemmeboende eldre vil det være nødvendig å ta stilling til hvilke eldre videotelefonoppfølgingen skal rette seg mot og hva oppfølgingen skal bidra med. Funnene peker på at eldre med en alvorlig kronisk lidelse kan ha behov for helsepersonell med spesialkompetanse innenfor en spesifikk sykdom for å imøtekomme deres behov for informasjon og veiledning.

6.1 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av funnene i denne studien anbefales følgende:

- økt fokus på å imøtekomme alvorlig kronisk syke eldre sine informasjonsbehov etter utskrivelse fra sykehus.
- videotelefon kan være et viktig brobyggende verktøy mellom sykehus og hjem, gjennom å kvalitetssikre informasjonen brukerne har fått på sykehuset, og til å supplere og følge opp manglende informasjon.
- at det tas stilling til hvilke hjemmeboende eldre oppfølging skal rette seg mot under utformingen av et tjenestetilbud som skal gis ved hjelp av videotelefon samt hvilken kompetanse det kreves av helsepersonell.
- helsepersonell kan trenge å styrke sine kunnskaper og ferdigheter vedrørende nonverbal kommunikasjon i samtaler over videotelefon.
- videotelefon kan være et verktøy i helsetjenesten for å styrke hjemmeboende eldre sin egenomsorg.
- det kan være hensiktsmessig å la brukerne få gjøre seg kjent med videotelefon før de skrives ut fra sykehus, eller at de får ekstra tilsyn i implementeringsperioden.

6.2 Videre forskning

I denne studien har ikke helsepersonell og pårørende sitt perspektiv blitt undersøkt. Deres erfaringer og opplevelser med bruk av videotelefon i helsetjenesten kunne ha tilført studien viktige perspektiver på kommunikasjon og oppfølging gjennom videotelefon og et mer helhetlig bilde av hvordan videotelefon kan bidra til å styrke den eldre sin egenomsorg. En slik studie anbefales som videre forskning.

Når det gjelder nonverbal kommunikasjon i videotelefonsamtalen, kunne det vært interessant å bruke observasjon som metode i videre forskning. Her kunne en undersøkt hvordan nonverbal kommunikasjon kan bidra inn i videotelefonsamtalen, hvordan det kan bidra i helsepersonell sine vurderinger av brukerens kliniske tilstand og hvordan det kan styrke relasjonen mellom bruker og helsepersonell.

Studien peker på at brukerne opplevde at helsepersonell ble mer tilgjengelige gjennom videotelefonen og at dette var samtaler med ro over seg der brukeren var i fokus. Om dette skiller seg fra fysiske besøk fra hjemmetjenesten har ikke denne studien belyst og det kunne ha vært interessant å undersøke i videre forskning.

Videre er det behov for mer forskning rettet mot hvordan videotelefon kan være med på å styrke den eldre sin egenomsorg. Her kunne en undersøkt andre grupper hjemmeboende eldre sine erfaringer, både med en annen lidelse enn flertallet i denne studien, men også eldre uten en spesifikk kronisk lidelse, et større utvalg og inkludert eldre som har hatt erfaring med videotelefon over lengre tid.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2008). Å føle seg hjemme: I egen bolig og på sykehjem? I S. Hauge, & F. Jacobsen (Red.), *Hjem: Eldre og hjemlighet* (s. 100-117). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Arnaert, A., & Delesie, L. (2001). Telenursing for the elderly. The case for care via video-telephony. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(6), 311-316.
- Bate, P., & Robert, G. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement: The concepts, methods and practices of experience-based design*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Bitti, P. E. R., & Garotti, P. L. (2011). Nonverbal communication and cultural differences: Issues for face-to-face communication over the internet. I A. Kappas, & N. C. Krämer (Red.), *Face-to-face communication over the Internet : Emotions in a web of culture, language and technology* (s. 81-99). New York: Cambridge University Press.
- Boesen, E. H. (2013). Fra tilværelsen som patient til hverdag efter: Støtte til livet efter sygdom. I I. Christiansen, & C. M. Maier (Red.), *Patient støtte: Før, under og efter sygdom* (s. 154- 174). København: Hans Reitzels forlag
- Botsis, T., & Hartvigsen, G. (2008). Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(4), 195-203.
- Bulik, R. J. (2008). Human factors in primary care telemedicine encounters. *Journal of telemedicine and telecare*, 14(4), 169-172.
- Christiansen, B. (2013a). Helseveiledning: Hva menes? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 13-29). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Christiansen, B. (2013b). Helsepedagogikk og syn på læring. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 30-41). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2013c). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s.42-66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2013d). Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s.67-77). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, I., & Maier C. M. (2013). Hva er patientstøtte, og hvad arbejdes der med? I I. Christiansen, & C. M. Maier (Red.), *Patient støtte: Før, under og efter sygdom* (s. 16-32). København: Hans Reitzels forlag.
- Dansky, K. H., Vasey, J., & Bowels, K. (2008). Use of telehealth by older adults to manage heart failure. *Research in Gerontological Nursing*, 1(1), 25-32.
- Demiris, G., Speedie, S. S., & Finkelstein, S. M. (2001). The nature of communication in virtual home care visits. *Proceedings of the AMIA Symposium*, 135-138.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2013). *Etiske retningslinjer*. Hentet 8. Mai 2013 fra <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Betaling-til-deltakere-i-medisinsk-eller-helsefaglig-forskning/Innledning/>
- Doolittle, G. C. (2000). A cost measurement study for a home-based telehospice service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(suppl 1), 193-195.
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2000). *Aldring og samfunn: En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Feirn, A., Betts, D., & Tribble, T. (2009). *The patient experience strategies and approaches for providers to achieve and maintain a competitive advantage*. Hentet 11. mai fra https://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_lshc_ThePatientExperience_072809.pdf
- Fermann, T., & Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 196-218). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Finkelstein, S. M., Speedie, S. M., Demiris, G., Veen, M., Lundgren, J. M., & Potthoff, S. (2004). Telehomecare: Quality, perception, satisfaction. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(2), 122-128.
- Finkelstein, S. M., Speedie, S. M., & Potthoff, S. (2006). Home telehealth improves clinical outcomes at lower cost for home healthcare. *Telemedicine Journal & e-Health*, 12(2), 128-136.
- Gammersvik, Å. (2012). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 141-158). Bergen: Fagbokforlaget.
- Goffman, E. (2005). *Interaction ritual: Essays in face-to-face behavior*. New Brunswick: Transaction publishers.
- Halse, K. (2013). Eldre syke pasienter: Utfordringer ved helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 108-133). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haug, M. R., Wykle, M. L., & Namazi, K. H. (1989). Self-care among older adults. *Social Science & Medicine*, 29(2), 171-183.

- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi: Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Hentet 12. Juni 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Publikasjoner/2012%2007%20Vedtatt%20velferdsteknologirapport%20IS-1990.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli nr. 64*. Hentet 9. mai fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hofstad, E. (2013). Telemedisinsk stell av trykksår. *Sykepleien*, 7(101), 26-28.
- Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456-466.
- Håland, E., & Toussaint, P. (2013). Kommunikasjon, samarbeid og læring: erfaringer fra et nettbasert læringsprogram for helsepersonell på Fosen. I A. Tjora, & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 181- 201). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Jönsson, A.-M., & Willman, A. (2008). Implementation of Telenursing Within Home Healthcare. *Telemedicine and e-Health*, 14(10), 1057-1062.
- Kirkevold, M. (2008). Individuell sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 100-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie (bind 1)* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Levin, L. S. (1979). Self-care: New challenge to individual health. *Journal of the American College Health Association*, 28(2). 117-120.
- Mair, F., Finch, T., May, C., Hiscock, J., Beaton, S., Goldstein, P., & McQuillan, S. (2007). Perceptions of risk as a barrier to the use of telemedicine. *Journal of telemedicine and telecare*, 13(suppl 1), 38-39.
- Mair, F. S., Goldstein, P., May, C., Angus, R., Shiels, C., Hibbert, D., ... Capewell, S. (2005). Patient and provider perspectives on home telecare: preliminary results from a randomized controlled trial. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 11(suppl 1), 95-97.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Manstead, A. S. R., Lea, M., & Goh, J. (2011). Facing the future: Emotion communication and the presence of others in the age of video-mediated communication. I A. Kappas, & N. C. Krämer (Red.), *Face-to-face communication over the Internet : Emotions in a web of culture, language and technology* (s. 144-175). New York : Cambridge University Press.

- Norsk Sykepleierforbund. (2008). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet 14. mai 2014 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/135908/Faglig%20forsvarlighet.pdf>
- NOU 2001:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet 12. Juni 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- NST. (2010). *Videokonferanse (VK) hjem til pasienten*. Faktaark nr. 1/2010 NO. Hentet 8. mai 2014 fra <http://telemed.custompublish.com/brosjyrer-og-fakta.453260.html>
- Nylenna, M., & Braut, G. S. (2014). *Helsetjeneste. I Store medisinske leksikon*. Hentet 8. mai 2014 fra <http://sml.snl.no/helsetjeneste>
- Or, C. K. L., Valdez, R. S., Casper, G. R., Carayon, P., Burke, L. J., Brennan, P. F., & Karsh, B. T. (2009). Human factors and ergonomics in home care: Current concerns and future considerations for health information technology. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 33(2), 201-209.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. (4.utg.). St. Louis: Mosby- year Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6.utg.). St. Louis: Mosby.
- Parkinson, B., & Lea, M. (2011). Video-linking emotions. I A. Kappas, & N. C. Krämer (Red.), *Face-to-face communication over the Internet : Emotions in a web of culture, language and technology* (s. 100-129). New York: Cambridge University Press.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli nr. 63*. Hentet 9. mai fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Piraino, E., Heckman, G., Glenny, C., & Stolee, P. (2012). Transitional care programs: who is left behind? A systematic review. *International Journal Of Integrated Care, 12*, 1-18.
- Ranhoff, A. H. (2008a). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 75-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ranhoff, A. H. (2008b). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 180-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ribe, Å., & Høyland, K. (2005). Boligpolitikk for eldre: Mer enn vegger og tak. I R. Nord, G. Eilertsen, & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 118-130). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Savolainen, L., Hanson, E., Magnusson, L., & Gustavsson, T. (2008). An internet-based videoconferencing system for supporting frail elderly people and their carers. *Journal of Telemedicine and Telecare, 14*(2), 79-82.
- Slagsvold, B., & Solem, P. E. (Red.) (2005). *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende eldre* (NOVA rapport 11/05). Hentet 29. Juli 2013 fra http://nova.no/asset/589/1/589_1.pdf
- Slagsvold, B., & Strand, N. P. (2005). Morgendagens eldre: Bli de mer kravstore og mindre beskjedne? I B. Slagsvold, & P. E. Solem (Red.) *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende eldre* (NOVA rapport 11/05, s. 23-50). Hentet 29. Juli 2013 fra http://nova.no/asset/589/1/589_1.pdf

- Solem, P. E., & Hansen, T. (2005). Økt bruk av IKT: Gjør det en forskjell for morgendagens eldreomsorg? I B. Slagsvold, & P. E. Solem (Red.) *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende eldre* (NOVA rapport 11/05, s. 155-160). Hentet 29. Juli 2013 fra http://nova.no/asset/589/1/589_1.pdf
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i Sosial- og helsetjenesten*. Hentet 14. Mai 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>
- SSB. (2014). *Pasienter på somatiske sykehus, 2013*. Hentet 23. april 2014 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09#content>
- Stern, A., Valaitis, R., Weir, R., & Jadad, A. R. (2012). Use of home telehealth in palliative cancer care: a case study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(5), 297-300.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet 13. August 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>
- St.meld. nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet 2. Mai 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 11. Juni 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

- Storm, M., Siemsen, I. M., Laugaland, K., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14(2), 1-15.
- Sävenstedt, S., Sandman, P. O., & Zingmark, K. (2006). The duality in using information and communication technology in elder care. *Journal of advanced nursing*, 56(1), 17-25.
- Sørli, T., & Bergvik, S. (2013). Pasientinformasjon i sykehus: Med særlig vekt på ivaretagelsen av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 78-107). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Teknologirådet. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. (Rapport nr. 01/09). Hentet 28. August 2013 fra http://www.teknologiradet.no/dm_documents/Rapport_Fremtidens_Alderdom_web_ukiNV.pdf
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- van der Kleij, R., Paashuis, R. M., Langefeld, J. J., & Schraagen, J. M. C. (2004). Effects of long-term use of video-communication technologies on the conversational process. *Cognition, Technology & Work*, 6(1), 57-59.
- Whittaker, S. (2003). Theories and methods in mediated communication. I A. C. Graesser, A. G. Morton, & S. R. Goldman (Red.), *Handbook of discourse processes* (s. 243-286). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- WHO. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. (Ageing and Health Technical Report Volume 5). Hentet 22. november 2013 fra http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

WHO. (2014). *Health topics: Health services*. Hentet 8. mai 2014 fra
http://www.who.int/topics/health_services/en/

Willems, C. G, Spreeuwenberg, M. D., van der Heide, L. A., de Witte, L. P., & Rietman, J. (2011). The Videocommunication to Support Care Delivery to Independently Living Seniors. I B. Lodewijk, A. Dumay, L. Goldschmidt, G. Verhenneman & K. Yogesan (Red.), *Handbook of Digital Homecare: Successes and Failures* (s. 31-42). Hentet 21. Oktober 2013 fra
http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F8754_2011_21

Willems C. G., & Vlaskamp, F. J. M. (2008). Innovation of health care provision: observations made during the development of two care products in The Netherlands. *Technology & Disability*, 20(3), 241-249.

Aanesen, M., Lotherington A. T., Olsen F., Devold R., & Breivik E. (2009). *Ny teknologi i pleie og omsorg: En kost-nytteanalyse av smarthusteknologi og videokonsultasjoner*. Norut-rapport nr. 5/2009. Hentet 22. August 2013 fra
<http://norut.no/nb/publications/ny-teknologi-i-pleie-og-omsorg-en-kost-nytteanalyse-av-smarthusteknologi-og>

VEDLEGG 1: 3 sider



Stavanger, januar 2014

Forespørsel om å delta i masterprosjekt:

”Videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell: eldre brukeres erfaringer”.

Mitt navn er Martine Kajander, og jeg er masterstudent ved Universitetet i Stavanger ved institutt for helsefag. Jeg arbeider med min avsluttende masteroppgaven i helsevitenskap ”Videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell: eldre brukeres erfaringer” under veiledning av førsteamanuensis Marianne Storm. I tillegg til masterstudiene arbeider jeg som sykepleier på Universitetssykehuset i Stavanger.

Masteroppgaven er tilknyttet forskningsprosjektet: ”Safer@home - Smart systems to support safer independent living and social interaction for elderly at home: simulation and training”. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd (NRF). Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) den 05.09.13, prosjektnummer 32934.

Studiens hensikt

Hensikten med masterprosjektet er å undersøke hjemmeboende eldre sine erfaringer med å bruke videotelefon, i samhandling med helsetjenesten. Jeg ønsker også å undersøke om bruk av videotelefon kan bidra til egenomsorg og være en støtte for den eldre brukeren i å klare seg selv i hverdagen.

Hvorfor blir du spurt om å delta?

Du inviteres til å delta som informant i studien min fordi du har erfaring med bruk av lyd og bilde kommunikasjon som del av oppfølgingen fra helsepersonell og

helsetjenester. Jeg ønsker å komme i kontakt med deg som bor hjemme og er i alderen 60-95 år og som har hatt videotelefon (alle typer lyd og bilde kommunikasjonsløsninger). Jeg håper at du vil bidra med dine erfaringer knyttet til bruk av videotelefon. Intervjuene planlegges gjennomført i begynnelsen av januar 2014. Intervjuet vil fortrinnsvis foregå der du bor, eventuelt der du ønsker.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta som informant i denne studien innebærer det et individuelt intervju med varighet ca. 30-60 min. Under intervjuet vil jeg benytte en båndopptaker. Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt, det vil si uten navn eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger og i samsvar med regler for dataoppbevaring fra NSD. Alle data som registreres vil bli slettet når prosjektet Safer@home avsluttes og senest innen utgangen av 2016. Deltakerne vil bli anonymisert og skal ikke kunne kjennes igjen i oppgaven. Resultatene av studien vil bli presentert i masteroppgaven i 2014 og vil eventuelt bli publisert i en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Frivillig deltakelse

Jeg gjør oppmerksom på at det er frivillig å være med på intervju. Du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis i gjennomføringen av masterprosjektet, uten å måtte oppgi grunnen. Dersom du har spørsmål om deltakelse i prosjektet, kan du kontakte Martine Kajander tlf. 47859070, e-post: martine.kajander@gmail.com.

Ansvarlig veileder for masteroppgaven er førsteamanuensis Marianne Storm ved Universitetet i Stavanger, e-post: marianne.storm@uis.no.

Vennlig hilsen

Martine Kajander

Vedlegg 5: Følgeskriv



Universitetet
i Stavanger

Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Martine Kojander.....er student ved Masterstudium i helsevitenskap ved
Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en
masteroppgave.

Studenten har valgt å arbeide med følgende tema:

Videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell
- eldre brukerers erfaringer
(Tittel eller problemstilling, evt. med en kort beskrivelse)

Arbeid med masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende
godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Studien er meldt/godkjent:

05.09.13, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)

(dato godkjenning og instans)

Veileder for arbeid med masteroppgaven er:

Forskningsassistent/post doc Marianne Storm, Det samfunnsvitenskapelige
fakultetet - Institutt for helsefag
(Tittel, Navn, Arbeidssted)

Arbeidet forventes slutført: (vår / høst år).....30. Mars 2014.....

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den.....6/11-2013.....

(Navn) Knut Alshvet.....

(tittel/tlf)

Faglig ansvarlig

(navn) Marianne Storm.....

(tittel/tlf)

Veileder

VEDLEGG 2: 1 side

SAMTYKKEERKLÆRING

INTERVJU MED BRUKERE

Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjon om studien: ”Videotelefon i kommunikasjon med helsepersonell: eldre brukeres erfaringer”. Jeg samtykker herved til å delta i intervju, og at datamaterialet fra intervjuet kan bli brukt i prosjektet.

JA

Jeg aksepterer å bli intervjuet :

Dato:

Navn deltaker:

Signatur:.....

Dato:

Navn forsker:

Signatur:.....

VEDLEGG 3: 3 sider

Intervjuguide til brukere

Muntlig presentasjon av studiens hensikt før intervjuets start:

Hensikten med denne studien er å undersøke hjemmeboende eldre sine erfaringer med å bruke videotelefon i kommunikasjon med helsetjenesten. Jeg ønsker også å undersøke om bruk av videotelefon kan bidra til egenomsorg og være en støtte for deg i å klare deg selv i hverdagen. Under intervjuet vil jeg stille spørsmål som jeg ønsker at du skal besvare så godt du kan, jeg ønsker å høre dine erfaringer. Ta deg god tid til å tenke før du svarer, dersom du behøver det. Still spørsmål om det er noe du er usikker på eller gi beskjed hvis du ønsker pause. På bordet vil det ligge en båndopptaker som tar opp samtalen, håper den ikke vil forstyrre deg.

Bakgrunnsdata

- alder
- (kjønn)
- utdanning/yrke
- boforhold
- sivil status
- mottar du hjemmesykepleie? Hvis ja: hvor ofte? Hva får du hjelp til?

Spørsmål videotelefon

Medvirkning i prosjektet for å ta i bruk videotelefon

- Hva var formålet med din deltakelse i prosjektet hvor dere benyttet videotelefon? (Hva var grunnen/hensikten med at du deltok i prosjektet)
- Hvordan ble du involvert? (Hvem inviterte seg til å delta og hvilke tanker gjorde du deg om å delta?)
- Hva innebar deltakelsen for din del i prosjektet?

Erfaringer og holdninger til teknologi før prosjektdeltakelsen

- Hvilke erfaringer hadde du fra tidligere med å bruke ulike typer teknologiske produkter og hjelpemidler? Kan du komme med noen eksempler?
- Har holdningene dine til å bruke videotelefon endret seg (positivt/negativt) etter at du tok del i prosjektet og fikk erfaring med å bruke videotelefon?
- Hva visste du om velferdsteknologi rettet mot eldre som bor hjemme før prosjektet?

Erfaringer med å bruke videotelefon

- Kan du fortelle om hvordan du har bruk videotelefon?
- Hvem har du kommunisert med?
- Hvor ofte og når brukte du den?
- Hva har en typisk situasjon vært?

Hvilken innvirkning hadde videotelefonen på kommunikasjonen mellom deg og helsepersonell, og eventuelle andre?

- Oppløvde du noen fordeler ved at samtalen var via videotelefon?
- Oppløvde du noen ulemper ved at samtalen var via videotelefon?

Levde videotelefonen opp til dine forventninger?

Opplæring

Fikk du tilbud om opplæring før du tok i bruk videotelefonen?

- Når foregikk opplæringen? (før du tok i bruk videotelefonen eller underveis?)
- Hvem lærte deg opp?
- Hvordan foregikk opplæringen?
- Hva kunne vært gjort annerledes?
- Var opplæringen god nok? Evt. hva manglet?
- Ble det brukt nok tid på opplæringen?

Dersom du kunne fått velge:

- Hvordan ville du at opplæringen skulle ha foregått?
- Hvem burde hatt ansvar for opplæringen?
- Har du noen råd til andre som skal gi opplæring i bruk av teknologi?

Brukerstøtte

Trengte du teknisk hjelp eller støtte underveis i prosjektet og i perioden du brukte videotelefon?

- Hvor lett var det å få hjelp?
- Hvor raskt fikk du hjelp?
- Hvem hjalp deg?
- Var støtten til hjelp, løste den problemet?
- Er du fornøyd med brukerstøtten du har fått?
- I ettertid, hva kunne vært gjort annerledes i forhold til brukerstøtte?

Spørsmål egenomsorg

Hva var det som motivert deg til å bruke videotelefonen i hverdagen?
(Hva gjorde at hadde lyst til å bruke videotelefonen i hverdagen?)

Hvordan ser du for deg at videotelefonen kan brukes i kommunikasjon med helsetjenesten? (utover det du per i dag har erfaring med)

Dersom videotelefon på sikt ble en del av ditt faste helsetjenestetilbud i kommunen:
Hva er viktig for deg for at du skal kunne bruke videotelefon i det daglige som et
kommunikasjonsmiddel med helsetjenesten?

- Utseende
- Flyttbart system
- Lett å bruke/brukervennlig
- Pålitelighet (lite teknisk svikt)

Hvordan mener du videotelefon kan hjelpe deg i hverdagen slik at du kan fortsette å bo
hjemme?

- Hyppigere kontakt med helsepersonell (bedre oppfølging)
- Trygghet
- At du kan fortsette med å bo hjemme (selvstendighet)
- Helserelatert informasjon

Avslutning

Har du til slutt lyst til å tilføye noe som omhandler dette emnet?

VEDLEGG 4: 1 side

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Siri Wiig
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 05.09.2013

Vår ref: 32934 IB/LR

Deres dato:

Deres ref:

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 23.08.13 for prosjektet:

32934

Safer@Home - Smart Systems to support safer independent Living and Social Interaction for Elderly at Home: Simulation and Training

Personvernombudet registrerer at masterstudent ved UIS, Martine Kajander, skal foreta intervjuer i prosjektets kartleggingsfase og bruke disse dataene i sin masteroppgave. Masteroppgaven omhandler eldre hjemmeboende sine erfaringer med bruk av videotelefon, og er derved innenfor samme formål som hovedprosjektet. Det legges til grunn at intervjuene gjennomføres i tråd med personvernombudets tilrådning datert 17.04.13.

Personvernombudet registrerer også at det kan være aktuelt å inkludere flere/andre kommuner i prosjektet, deriblant en kommune i Sverige. Innenfor EØS skal det i utgangspunktet være tilstrekkelig å få tillatelse fra landet der behandlingsansvarlig institusjon er etablert (her: Norge). Tilrådingen fra Personvernombudet ved NSD skulle derfor være dekkende for å gjøre intervjuer i Sverige. Men vi anbefaler at man kontakter svenske myndigheter (personoppgiftsombud/Datainspektionen) for å forsikre seg om dette.

Vi legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no