

Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har intensjonen om bruk endret seg på bakgrunn av koronapandemien?

Therese Cecilie Olsen og Lene Leland

VEILEDERE

Martinez, Santiago Gil
Johnsen, Hege Mari

Universitetet i Agder, 2022

HSI501 Master`s Project. Masteroppgave.

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

SAMMENDRAG

Den 12. mars 2020 innførte Norge de mest inngripende tiltakene man har sett i fredstid for å beskytte befolkningen mot koronaviruset. Dette medførte at fysisk oppmøte hos fastlegen ikke var like tilgjengelig for innbyggerne. Regjeringen satte også inn en rekke tiltak for å opprettholde et forsvarlig helsetilbud. Et av disse tiltakene var at fastlegene burde tilby videokonsultasjon til sine pasienter. Denne studiens formål er å undersøke fastlegepasienters erfaringer med videokonsultasjon og om intensjonen om bruk av videokonsultasjoner har endret seg på bakgrunn av koronapandemien.

Studien har et kvantitativt design med nettbasert spørreskjema utformet ved hjelp av Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT 2). Spørreundersøkelsen ble delt via sosiale medier og fikk 28 respondenter. Utvalget var fastlegepasienter i Norge som hadde benyttet seg av videokonsultasjon i møte med sin fastlege.

Resultatene i studien gir en indikasjon på at mange fastlegepasienter har hatt positive erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner og ønsker derfor å fortsette bruken i fremtiden. Majoriteten opplevde å få den hjelpen de trengte, bli sett, hørt og forstått, hadde en god opplevelse og fikk oppfylt sine forventninger til videokonsultasjonen. De fleste hadde også tatt i bruk videokonsultasjoner for første gang under koronapandemien. 75% av respondentene ville fortsatt benyttet videokonsultasjon dersom koronapandemien var over. Studien finner også en positiv sammenheng mellom spart tid og/eller kostnader og videre bruk av videokonsultasjon. Hele 93% opplevde at de sparte tid og/eller kostnader. Dette kan gi en antydning på at intensjonen om bruk har endret seg, fastlegepasienter ser nytteverdien av videokonsultasjoner i møte med sin fastlege.

Denne studien sett i lys av annen forskning konkluderer med at økt bruk av videokonsultasjoner og gode brukeropplevelser fører til videre bruk av videokonsultasjoner hos fastlegepasienter i fremtiden.

Nøkkelord: Videokonsultasjon, E-konsultasjon, Fastlegepasienter, Erfaringer, Brukererfaringer.

ABSTRACT

On 12 March 2020, Norway introduced the most intrusive measures seen in peacetime to protect the population against the coronavirus. This meant that physical attendance at the general practitioner (GP) was not as accessible to the inhabitants. The government also put in place several measures to maintain a justifiable health service. One of these measures was that GPs should offer video consultation to their patients. The purpose of this study is to examine GP patients' experiences with video consultation and whether the intention to use video consultations has changed due to the corona pandemic.

The study has a quantitative design with an online survey using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT 2). The survey was shared via social media and received 28 respondents. The selection was GP patients in Norway who had used video consultation in a meeting with their GP.

The results of the study give an indication that many GP patients have had positive experiences with the use of video consultations and therefore want to continue using it in the future. The majority experienced getting the help they needed, being seen, heard and understood, had a good experience and had their expectations for the video consultation met. Most had also used video consultations for the first time during the corona pandemic. 75% of the respondents would still use video consultation if the corona pandemic was over. The study also finds a positive connection between saved time and/or costs and further use of video consultation. As many as 93% experienced that they saved time and/or costs. This may give an indication that the intention of use has changed, GP patients see the usefulness of video consultations in meeting with their GP.

This study, seen in the light of other research, concludes that increased use of video consultations and good user experiences lead to further use of video consultations with GP patients in the future.

Keywords: Video consultation, E-consultation, GP patients, experiences, User experience.

FORORD

Gruppen skrev i fjor en prosjektoppgave med problemformuleringen «Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av videokonsultasjoner for fastleger?». Dette var et prosjektarbeid i forskningsmetodiske prinsipper og praksis (Prosjekt 2), som er en del av masterutdanningen i helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Dette prosjektet skapte grunnlaget og idéen til denne masteroppgaven.

Mye har skjedd siden vi startet studiet i 2019, og vi føler oss på en måte heldig som startet på studiet rett før koronapandemien brøt ut. Dette på grunn av fagene vi har studert brått ble veldig relevant og implementering av ny helseteknologi gikk i en retning som ingen kunne forutse. Koronapandemien har gitt oss nye og spennende utfordringer som gjør at vi ser at vi kan være med å bidra i et fremtidig enklere Helse-Norge hvor det jobbes med digitisering, digitalisering og digital transformasjon.

Vi hadde egentlig planer om å skrive masteroppgaven individuelt, men etter to tidligere år med god erfaring fra gruppesamarbeid bestemte vi oss for å levere vårt siste prosjekt sammen. Vi er stolt av sluttresultatet og ser frem til å møtes fysisk for å presentere denne masteroppgaven ved universitetet i Agder.

Vi vil takke bekjente helsepersonell og venner som har pilotert spørreundersøkelsen under utarbeidelse. En stor takk rettes til veileder gjennom store deler av oppgaven Santiago Gil Martinez og Hege Mari Johnsen som tok av sin tid og veiledet oss den siste delen av oppgaven. Vi vil også takke alle som har bidratt med å dele spørreundersøkelsen. Denne masteroppgaven hadde heller ikke vært mulig uten god støtte fra samboere, venner, familie, barnevakter og tålmodige barn.

Therese Cecilie Olsen og Lene Leland

05.05.2022

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
2. PROBLEMANALYSE.....	12
2.1 Organisasjon – Samfunnets perspektiv	13
2.2 Individ	14
2.2.1 Fastlegers perspektiv	14
2.2.2 Fastlegepasienters perspektiv	15
2.3 Teknologi perspektivet.....	17
2.4 Bakgrunn for valg av problemformulering	19
2.4.1 Problemformulering	19
2.4.2 Hypotese.....	20
3. TEORETISK RAMMEVERK	21
3.1 Performance expectancy	23
3.2 Effort expectancy	23
3.3 Social influence	23
3.4 Facilitating conditions	24
3.5 Hedonic motivation	24
3.6 Price value	24
3.7 Habit	25
3.8 Individuelle forskjeller	25
4. METODE	26
4.1 Valg av metode.....	26
4.2 Metodiske overveielser	27
4.3 Utforming av spørreskjema og integrasjon med UTAUT 2 modellen.....	27

4.3.1. Performance expectancy	28
4.3.2 Effort expectancy	29
4.3.3 Social influence	29
4.3.4 Facilitating conditions	29
4.3.5 Hedonic motivation	30
4.3.6 Price value	31
4.3.7 Habit	31
4.3.8 Individuelle forskjeller	31
4.3.9 UTAUT og koronapandemien	32
4.3.10 UTAUT 2 som analyseverktøy	32
4.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	34
4.5 Etske overveielser	34
4.6 Pilotering av spørreundersøkelsen	35
4.7 Utvalg og tilgang til feltet	35
4.8 Gjennomføring av spørreundersøkelsen	35
4.9 Reliabilitet	36
4.10 Validitet	36
4.11 Bearbeiding av data	38
4.12 Litteratursøk	38
4.12.1 Søketermer	39
4.12.2 Gjennomføring av søk	40
4.12.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	40
4.12.4 Flytskjema litteratursøk	41
5. RESULTATER AV LITTERATURSØK	42
5.1 Hva synes eldre om å bruke videokonsultasjon?	42

5.2 Reciprocal dynamics between patients' choice of place and how they experience video consultations: A qualitative study.	43
5.3 Collaborative domestication. How patients account for their experience of video consultations with their general practitioner.	44
5.4 Video consultation during follow up care: effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer.	45
5.5 Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners.	46
5.6 Innbyggerundersøkelsen om e-helse 2021 – bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester	47
6. RESULTATER.....	49
6.1 Presentasjon av resultater - frekvens.....	49
6.2 Presentasjon av resultater - graf	51
6.3 Presentasjon av funn i kvalitative data.....	58
7. ANALYSE.....	61
7.1 Individuelle forskjeller	61
7.2 Performance expectancy	62
7.3 Effort expectancy	63
7.4 Social influence	64
7.5 Facilitating conditions.....	65
7.6 Hedonic motivation.....	68
7.7 Price value	69
7.8 Habit.....	69
7.9 Koronafrykt.....	70
8. DISKUSJON	71
8.1 Individuelle forskjeller.....	71
8.2 Performance expectancy	72

8.3 Effort expectancy	76
8.4 Social influence	76
8.5 Facilitating conditions	77
8.6 Hedonic motivation	79
8.7 Price value	80
8.8 Habit	81
8.9 Koronafrykt	82
9. KONKLUSJON	83
VIDERE ARBEID	84
KRITIKK TIL OPPGAVEN	85
PROSESS OG PRODUKTEVALUERING	86
KILDER	87
VEDLEGG 1 - Eksport fra SurveyXact	96
VEDLEGG 2 - Prosjektbeskrivelse	102
VEDLEGG 3 - Vurdering NSD	108
VEDLEGG 4 - Søknad FEK	109
VEDLEGG 5 - Problemformuleringslogg	110
VEDLEGG 6 - Eksempel på søkelogg	112
VEDLEGG 7 - Gruppekontakt	115
VEDLEGG 8 - PICO	116
VEDLEGG 9 - Mal sosiale medier	117

1. INNLEDNING

Videokonsultasjoner er ikke noe nytt og har vært i bruk lenge før SARS-Cov-2 (koronavirus). Viruset ble identifisert i januar 2020 (Folkehelseinstituttet, 2022) og spredte seg raskt til store deler av verden. Situasjonen rundt det nye koronaviruset var usikker og verdens helseorganisasjon erklærte situasjonen som en alvorlig hendelse av betydning til folkehelsen januar 2020 (World Health Organization, 2022). Mars 2020, samtidig som utbruddet ble definert som en pandemi, stengte Norge ned for å begrense smitten. Samme måned kom denne anbefalingen fra Helsedirektoratet til helsepersonell:

Kontakt med helsepersonell ved bruk av e-konsultasjon, videokonsultasjon eller telefon kan bidra til å redusere smittespredning. Det vil også bidra til forsvarlige helsetjenester ved at det ligger gode vurderinger til grunn for når og hvor fysisk undersøkelse skal finne sted. Anbefalingen gjelder både for håndtering av pasienter med mistenkt covid-19 og pasienter uten mistenkt covid-19... Videoløsninger er egnet for å opprettholde et forsvarlig tilbud, og vi anbefaler at alle helsepersonellgrupper nå gjør seg kjent med hvordan man kommer i gang. (Helsedirektoratet, 2021a)

Grafen fra mars 2020 (Figur 1) viser at e-konsultasjoner hos fastleger gikk raskt opp etter anbefalingen til Helsedirektoratet.

Figur 1:



(Helsedirektoratet, 2021b).

E-konsultasjon er et samlebegrep for både tekst-, telefon- og videokonsultasjon, og det er derfor vanskelig å finne tall på hvor mange av e-konsultasjonene som var videokonsultasjon i denne tiden.

Videokonsultasjon er en konsultasjonsform hvor pasient møter fastlege i sanntid uten fysisk oppmøte på legekantoret. Tjenesten er basert på at begge parter får tilgang til et virtuelt møterom gjennom sikker kommunikasjon. Deltakerne benytter enten datamaskin, nettbrett eller smarttelefon med kamera og mikrofon for å sende og motta lyd og bilde. En videokonsultasjon er synkron og skiller seg fra en tekstkonsultasjon ved at sistnevnte er en asynkron konsultasjonsform. Dette innebærer at legen og pasienten ikke trenger å være til stede på samme tid. (Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse, 2019, s. 8)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som nevnt skrev vi en prosjektoppgave i fjor med problemformuleringen «Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av videokonsultasjoner for fastleger?» (Eget arbeid, 2021). Sammendraget fra oppgaven beskrives slik:

Koronapandemien som traff Norge 12. mars 2020, og som fortsatt gir befolkningen strenge retningslinjer å leve etter, har gjort at fastlegene må tenke nytt for å komme i kontakt med sine pasienter. Denne prosjektoppgaven har tatt utgangspunkt i fastlegenes bruk av videokonsultasjon under koronapandemien og forsøkt å få svar på om denne bruken vil vedvare også etter koronapandemien... Spørreskjemaet ble sendt til 80-90 fastlegekontorer i Norge, og det ble mottatt ni svar som oppfylte inklusjonskriteriene. Resultatene av prosjektoppgaven viser at fastlegene har tatt i bruk videokonsultasjon under koronapandemien, og resultatene tyder på at fastlegene kommer til å fortsette noe av bruken også etter koronapandemien er over, dette selv om de opplevde at de måtte ta det i bruk ... (Eget arbeid, 2021, s. 1)

Våre resultater og forskningsbasert kunnskap viste at videokonsultasjoner var noe fastlegene ønsket å fortsette med i fremtiden (Lundberg, 2020, Johnsen et al., 2021). «I hvor stort omfang bruken vil vedvare er det vanskelig å si noe om, men forskningen viser at bruken har

økt og at noe av den vil bestå. Koronapandemien gjorde at videokonsultasjoner fikk sitt gjennombrudd hos fastlegene» (Eget arbeid, 2021, s. 53).

Man vet nå at fastleger ønsker å fortsette med videokonsultasjoner i noen grad, men hvilke erfaringer har pasientene med bruk av dette? Ønsker pasientene å fortsette bruken av videokonsultasjoner?

Bruken av videokonsultasjoner i den økte graden er et nytt fenomen. Problemet er at man ikke vet nok om pasientenes erfaringer, selv om bruken som vist har vært svært utbredt (Figur 1/Helsedirektoratet, 2021b). I innbyggerundersøkelsen om e-helse 2020 oppgir de at de hadde få respondenter på spørsmål angående pasienters opplevelse av videokonsultasjoner, i møte med fastlegen (Direktoratet for e-helse, 2021a, s. 24). Andre søk gir også liten innsikt i pasientens erfaringer med videokonsultasjoner, spesielt i møte med fastlegen. Et av hovedproblemene med videokonsultasjoner er at det er sosioteknisk komplekst (Lüchau et al., 2022). Dette danner grunnlaget for problemanalysen som presenteres i neste kapittel.

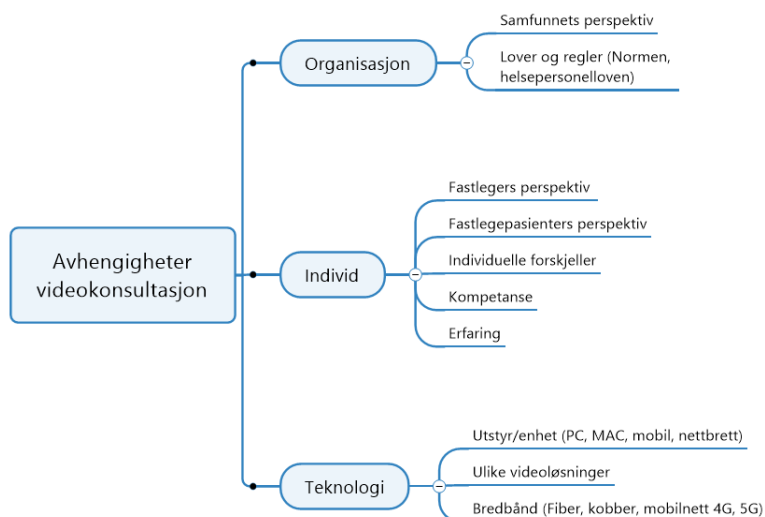
2. PROBLEMANALYSE

Sett i et sosioteknisk perspektiv er det ikke bare pasienten og fastlegen som må kunne bruke teknologien, men også teknologien som må fungere. For eksempel kan båndbredde være en fallgrube for at teknologien oppleves å ikke fungere slik som tenkt. Hvem eller hva er det som er involvert for å gjennomføre en videokonsultasjon, dette er viktige faktorer for å forstå et komplekst sosioteknisk system. Hva er man avhengig av for at en videokonsultasjon skal kunne oppleves tilfredsstillende?

Det avgjørende kjennetegn ved et problemorientert prosjektarbeid er at gruppen undersøker noe vi ikke vet. Fokuset skal være på den «ikke-viten» som man har oppdaget. Fundamentet for gruppens problemformulering er altså den kjennskapet man har om noe, som gjør gruppen i stand til å utpeke kunnskapshull i denne kjennskapet (Olsen & Pedersen, 2003, s. 13).

Gruppen har derfor strukturert opp avhengigheter som vi tenker er relevante for en problemanalyse i figur 2.

Figur 2:



2.1 Organisasjon – Samfunnets perspektiv

Dagens samfunn vender seg raskt over til en mer digital hverdag for innbyggeren.

Kommunikasjonen med sosiale instanser slik som bank, kommune, NAV, skoletjenesten og flere andre instanser går i dag i stor grad digitalt. Ifølge statistisk sentralbyrå (2021a) brukte 95% av befolkningen i Norge internett til å benytte av banktjenester i 2021. 76% av befolkningen brukte også internett til søke opp helserelatert informasjon (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Dette viser at innbyggerne er aktive og tilpasser seg samfunnets teknologiske utvikling i stor grad. Samtidig som samfunnet gjennomgår en rivende teknologisk utvikling, ser man at mangelen på fastleger i dag er kritisk (Legeforeningen, 2022a). Videokonsultasjoner kan ifølge Nasjonalt senter for e-helseforskning spare både tid og penger, i 2016 sa de følgende «hvis en prosent av de 13 millioner fastlegebesøkene kunne blitt gjennomført på video ville transport og venting i forbindelse med 130 000 besøk vært spart både for pasienter og eventuelle arbeidsgivere» (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2016). Ved å bruke videokonsultasjoner kan altså fastlegene spare mye tid, samtidig som besparelsene for samfunnet er store (Laukli, 2020).

Videokonsultasjoner ble allerede i 2018 nevnt av Solberg regjeringen som en del av forbedringen de ønsket å gjøre for og forbedre fastlegeordningen. Regjeringen ønsket å innføre krav om at fastleger skulle tilby e-konsultasjoner til sine pasienter (Regjeringen, 2018). Det har i dag ikke kommet noen nye lovforslag om bruk av e-konsultasjoner, men koronapandemien har ført med seg at flere og flere fastleger tilbyr e-konsultasjoner og videokonsultasjoner til sine pasienter (Direktoratet for e-helse, s. 23, 2021b).

Koronapandemien førte også med seg at det ble lagt til rette for videokonsultasjoner, taksten ble likestilt med fysisk konsultasjon og tillot at fastlegene kunne bruke videokonsultasjoner på kveldstid til lik takst (Direktoratet for e-helse, s. 24, 2021b).

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 ble utgitt av helse- og omsorgsdepartementet i 2020. Denne inneholder flere tiltak for å skape en bærekraftig fastlegeordning og en fremtidsrettet allmennlegetjeneste som har høy kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Et av tiltakene er at regjeringen ønsker å øke bruken av e-konsultasjoner. De nevner at for å møte innbyggernes forventninger til en moderne allmennlegetjeneste, så er det viktig at fastlegene benytter digitale verktøy og er tilgjengelig

på digitale flater. På denne måten vil mange pasienter få et mer tilgjengelig og bedre tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.51). Det vil legges til rette for økt bruk av e-konsultasjon der dette kan være en hensiktsmessig konsultasjonsform. E-konsultasjoner defineres her som både video og skriftlige henvendelser. De skriver at «det er viktig at bruk av e-konsultasjon tas i bruk på en måte som ikke fører til økt press på fastlegene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 51).

Det stilles også en del krav for å bruke videokonsultasjon for behandleren. Direktoratet for e-helse (2022a) anbefaler at helsepersonell bruker videoløsninger som allerede er i bruk i helsesektoren. Det er stilt krav til at det er behandler som selv har ansvar for å ta i bruk en videoløsning som tilfredsstillende krav til informasjonssikkerhet og personvern. Leverandører som er tilknyttet helsenettet forplikter seg til å følge norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen) (Direktoratet for e-helse, 2022a). «Normen er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket» (Direktoratet for e-helse, 2020a). Normen forvaltes og utarbeides av virksomheter og organisasjoner i helse- og omsorgssektoren. Normen skal bidra til å understøtte god pasientsikkerhet, godt personvern, gode helsetjenester, kvalitetssikring, læring for helsepersonell og pasientens helsetjeneste. I Normen finner man ulike veiledere, veileder for bruk av video, lyd og bilde er en av de (Direktoratet for e-helse, 2021c). Normen har også støttedokumenter, faktaark nr. 54 omhandler videokonsultasjon. Dette kan benyttes i virksomheter og ut mot leverandører. Faktaarket inneholder normens krav og eksempler på hvordan kravene kan ivaretas (Direktoratet for e-helse, 2020b).

2.2 Individ

2.2.1 Fastlegers perspektiv

Legene er en hardt presset arbeidsgruppe i dagens samfunn. Stadig meldes det om fastlegekrisen, noen hevder også at vi allerede står midt i den (Tømmerbakke, 2022). Fastlegene mener selv at de er overarbeidet og at dette igjen går utover kvaliteten de leverer på tjenesten (Moe, 2020). Det er ikke slik at fastlegene kun har utredning, diagnostikk og oppfølging av pasienter, de er også involvert i flere av andre viktige prosesser gjennom for eksempel NAV og bedriftshelsetjenesten. Fastleger i kommunen plikter også å bidra inn mot

sykehjem, helsestasjon og fengselstjenester for å følge opp det allmenmedisinske i kommunene (Legeforeningen, 2022b).

Forskningen til Johansen et al. (2021) viser at det er viktig for fastlegen at pasienten er kjent fra tidligere. Dette gjør videokonsultasjonen mer effektivt og skaper en bedre opplevelse for begge parter. Fastlegen jobber også inn mot kommunehelsetjenesten, i form av omsorgssenter, helsestasjon eller fengselstjenester (Legeforeningen, 2022b).

Videokonsultasjon kan være et godt hjelpemiddel inn i disse etatene også. Ved bruk av video kan legen kommunisere med sykepleier, se og snakke med pasientene samt gi veiledning. I Balestrand kommune har sykepleierne tatt over legevakten, hvor legen er nesten to timer unna. Sykepleieren assisterer legen via videokonsultasjon og utfører undersøkelser på pasienten (Hofstad, 2022). Denne type konsultasjon er enda ikke tatt i bruk i stor grad, men gir tydelige gevinster ved at legen slipper utrykning frem og tilbake, det er i dag fem kommuner som benytter seg av en slik type løsning (Hofstad, 2022). Som nevnt vet vi nå at bruk av videokonsultasjoner har økt og noe av den vil bestå. Vi vet også at det er behandlers ansvar å ta det i bruk. Ikke alle fastleger tilbyr videokonsultasjoner til sine pasienter (Helsenorge, 2020), selv om det ble anbefalt av Helsedirektoratet i 2020 (2021a). Den pågående fastlegekrisen har vært nevnt som en av grunnene til at det ikke har blitt tatt i bruk i den grad det er ønsket før koronapandemien (Aalen & Willassen, 2019). Har man ikke tatt i bruk videokonsultasjoner har man heller ikke erfaring med å bruke dette. Dette vil da si at fastlegepasienter vil ha ulikt tilbud, da det er individuelle forskjeller på om fastleger tilbyr videokonsultasjon.

2.2.2 Fastlegepasienters perspektiv

Videokonsultasjoner har som nevnt tidligere hatt en ekstremt økende bruk under koronapandemien. Man så at hjemmekontor og hjemmeskole ble den nye hverdagen for en stor del av befolkningen i Norge (Forbrukerforskningsinstituttet, 2020, s. 23). Innbyggerne ble gode på forskjellige digitale løsninger for å kommunisere med kollegaer og klassekamerater. Hele 99% av den norske befolkningen mellom 16-79 år har brukt internett de siste 3 månedene, dette gir oss en god pekepinn på at befolkningen i Norge er svært digitale (Statistisk sentralbyrå, 2021b).

Hvordan pasienter erfarer og påvirkes av videokonsultasjon, er i liten grad forsket på. Gulbrandsen og Menichetti (2021) oppgir at en del leger er bekymret for relasjonen til pasienten, og at man kan miste noe av det mellommenneskelige ved bruk av videokonsultasjon. Barsom et al. (2021) har gjort sin forskning i Nederland, der ble pasientene delt i to grupper, de som ønsket videokonsultasjon og de som ønsket en vanlig fysisk konsultasjon. Bekymringen til pasientgruppen som ikke ønsket video, var akkurat dette med den mellommenneskelige relasjonen og at de ønsket å møte fastlegen fysisk. Under koronapandemien har det blitt enda tydeligere for folk flest hvor viktig personlig kontakt er, å se og ta på hverandre (Gulbrandsen & Menichetti, 2021). Man vet derimot at noen pasientgrupper kan være mer egnet for videokonsultasjoner enn andre. Johnsen et al. (2021) har gjennom sin forskning på fastleger kommet frem til at enkelte pasientgrupper er godt egnet for videokonsultasjon, sett fra et fastlegeperspektiv. Psykiske lidelser er en av tilstandene fastlegene mener er godt egnet å bruke videokonsultasjon til (Johnsen et al., 2021). Gullslett et al. (2021) har forsket på terapeuters erfaring ved bruk av videokonsultasjon. Det er tydelige positive sider, slik som kontinuiteten ved bruk av video for pasientens del. I Norge i dag er psykiske lidelser en av de største folkesykdommene (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 170), dersom videokonsultasjon kan bidra til at flere mennesker får hjelp i tide, kan dette være en stor gevinst. Det var også negative sider som er viktige å ta med, blant annet usikkerheten knyttet til hvem som er i rommet under videokonsultasjonen. Dersom pasientene er utsatt for vold eller rus i hjemmet, kan man utsette dem for enda større fare gjennom videokonsultasjon, da man ikke vet hvem som eventuelt lytter og påvirker samtalen (Gullslett et al., 2021).

Videokonsultasjoner gir pasientene en større frihet, da man slipper lang reisevei, fri fra arbeid og kanskje barnepass eller annet for å kunne nå timen sin. Pasienten slipper også å sitte på venteværelse og vente på legen (Laukli, 2020). For mange kan nok videokonsultasjoner gjøre hverdagen enklere, men dersom man er eldre, har funksjonsnedsettelse eller mangler teknologikunnskaper kan videokonsultasjon være utfordrende. Walderhaug et al. (2020) har gjort forskning på feltet hvor flere eldre stiller seg skeptiske til bruk av videokonsultasjoner, de gir uttrykk for at det er skremmende å ikke vite hvem som kan høre eller hva som blir sagt og stiller spørsmål med sikkerheten rundt opplysningene de oppgir. Når man skal dele sensitiv informasjon om seg selv er det viktig å formidle til pasientene at kommunikasjonsformen er sikker. Videosamtaler skal være kryptert (Direktoratet for e-helse, 2022b). I Danmark ble det

gjennomført en spørreundersøkelse blant fastlegepasienter, her sier alle kvinnene at de ikke ville vist frem intime kroppsdeler på video. Flere av respondentene oppga også at de opplevde videokonsultasjon som mindre privat enn en fysisk konsultasjon (Lüchau et al., 2021). Det er tydelig at det er mange aspekter som må tas hensyn til ved bruk av videokonsultasjon, og at pasientene kan oppleve videokonsultasjoner som ubehagelige. Samtidig er det en stor andel med pasienter som opplever videokonsultasjon som noe positivt og som ønsker å benytte seg av tilbudet (Isachsen, 2021).

2.3 Teknologi perspektivet

Som nevnt tidligere finnes det flere ulike videoløsninger som kan benyttes for videokonsultasjoner. For fastlegene finnes det forskjellige løsninger som enten er integrert fra det elektroniske pasient journal systemet, eller så finnes det frittstående løsninger (Direktoratet for e-helse, 2022a). De anbefalte videoløsningene for leger er det PasientSky, Pridok, Confrere, VisibaCare, Helseboka, Incendium, Norsk helsenett og Care Connect by Kry som leverer. Noen av leverandørene tilbyr integrasjon med Helsenorge (Direktoratet for e-helse, 2022a).

Dette betyr at det er forskjell på løsningene som blir levert, og at pasientene som har en fastlege som tilbyr videokonsultasjon vil møte ulike brukergrensesnitt. Noen vil kunne starte opp videokonsultasjonen via Helsenorge, de som har dette tilbudet vil få muligheten til å se dette i brukergrensesnittet til Helsenorge. Dersom fastlegen deres tilbyr legetimer over nett, vil de kunne klikke på «Start e-konsultasjon» via Helsenorge. De som ikke har dette tilbudet, vil også kunne se dette når de logger inn i Helsenorge. Det er da pasienten selv som må finne ut om fastlegen tilbyr noen form for videokonsultasjon utenom Helsenorge. «Det finnes ingen liste over hvem som gjør det...» skriver Helsenorge (2020). Pasientene kan selv sjekke behandlerens nettside, sende de en e-post eller kontakte klinikken over telefon. Nasjonalt senter for e-helseforskning skriver at rutiner for e-helsekommunikasjon varierer mellom legekantor og blant leger på samme legekantor. Noen av deres forskere har tidligere gjort en studie blant 9 fastleger (Fagerlund et al., 2018). De skriver at flere av legene etterlyste mer definerte og standardiserte rutiner for bruk av digitale tjenester. En av forskerne i studien sier at:

Fastlegekontorene er godt etablerte og veldrevne. Min personlige mening er at fastlegens mulighet til å innrette driften til lokale variasjoner er en styrke, og vil kunne stå i motsetning til standardiserte rutiner. Det fastlegene etterspør i studien vår er nok en form for «startpakke» med anbefalinger om foreslåtte rutiner om hva som skal gjøres, når og hvordan. Da vi foretok studien var antallet e-konsultasjoner så lavt at disse konsultasjonene ikke kom i konflikt med de vanlige rutinene. Ettersom bruken øker, øker behovet for struktur. (Fagerlund, sitert i Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020)

Fagerlund nevner også at det i fremtiden handler om å ta i bruk de digitale tjenestene som er tilgjengelig for blant annet fastlegene (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020). Det er som nevnt et problem at mange av studiene fokuserer på e-konsultasjoner som et samlebegrep. Det er vanskelig å finne studier som kun fokuserer på bruk av videokonsultasjoner i møte med sin fastlege. Det kan tenkes at videoløsningen som pasientene får tilbud om å bruke også spiller en rolle når det kommer til tilfredshet.

For både pasienten og fastlegen vil en videokonsultasjon også kreve en del teknisk utstyr som er egnet for å gjennomføre konsultasjonen. For å gjennomføre en videokonsultasjon er begge parter avhengig av å ha tilgang til PC eller mobilt utstyr som har kamera og mikrofon, hodetelefoner eller eventuelt høyttaler (Helsenorge, 2020). I dag vet vi at cirka 14 prosent i Norge over 16 år ikke er digitale, dette tilsvarer 600 000 mennesker (KS, 2022). Når man ikke har digital kompetanse, blir man stående utenfor. KS skriver at «noen er mer sårbare for digitalt utenforskap enn andre. Særlig gjelder det eldre over 65 år..., mennesker som står utenfor arbeidslivet, mennesker med nedsatte funksjonsevner og førstegenerasjons innvandrere fra ikke-vestlige land» (KS, 2022).

Man er også avhengig av internettilgang for å kunne benytte seg av videokonsultasjon. I dag er det fortsatt flere som benytter kobbernettet i Norge. Det gamle kobbernettet er 100 år og er nå under avvikling, dette siden det er utdatert og sårbart for feil. Telenor som er en leverandør av kobbernettet skriver at «med utfasing av kobbernettet legger vi til rette for fremtiden, men uten å gå på bekostning for menneskers behov for trygghet og stabilitet, uansett hvor i landet du bor» (Telenor, 2021). Det finnes flere internettleverandører i Norge. Telenor bygger for eksempel ut mobil- og fibernettet for cirka 5 milliarder hvert år. De sier at ved å gjøre dette

«dannes grunnlaget for neste generasjons mobilnett (5G) og moderne fiberkabler» (Telenor, 2021). En viktig faktor de nevner er 5G-teknologien som vil gjøre det mulig å ha for eksempel videosamtaler over mobilnettet i mye bedre kvalitet. De sier at teknologien vil legge grunnlaget for fremtidens innovative helse- og trygghetstjenester (Telenor, 2021). Målet til regjeringen er å sikre høyhastighetsbredbånd til alle innen 2025. Utbyggingen skal resultere i bredbånd med minst 100 megabit per sekund.

Per første halvår i 2021 hadde 86 prosent av husstandene tilbud om bredbånd på minst 1 gigabit per sekund, mens 90,4 prosent av husstandene hadde tilbud om høyhastighetsbredbånd på minst 100 megabit per sekund. I spredtbygde strøk er dekkningen under 70 prosent for slike hastigheter, ifølge tall fra Nasjonal kommunikasjonsmyndighet. (Regjeringen, 2021)

Regjeringen økte bevilgningen til statsbudsjettet 2022, fylkeskommunene får nå totalt 304 millioner til bredbåndsutbygging i distriktene. Disse midlene kan gi bedre eller ny bredbåndsdekning (Regjeringen, 2022). «Raskt bredbånd til alle blir avgjørende for å bygge landet videre i fremtiden» og «Tilgang til høykapasitets internett er like viktig som tilgang til strøm» sa kommunal- og distrikts minister Bjørn Arild Gram (Regjeringen, 2021).

2.4 Bakgrunn for valg av problemformulering

For å benytte seg av videokonsultasjoner er det flere faktorer man er avhengig av for å kunne gjennomføre konsultasjonen. Gruppen har forsøkt å finne disse avhengighetene for å få bedre oversikt og kunnskap over et komplekst sosioteknisk system. Gruppen ser at det er behov for mer forskningsbasert kunnskap sett fra et pasientperspektiv. Med erfaring fra tidligere prosjektoppgave og problemanalysen føler gruppen at vi har klart å utpeke et «kunnskapshull» i problemanalysen som Olsen og Pedersen nevner (2003, s. 13). Gruppen har dermed kommet frem til denne problemformuleringen:

2.4.1 Problemformulering

Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har intensjonen om bruk endret seg på bakgrunn av koronapandemien?

2.4.2 Hypotese

Økt bruk av videokonsultasjoner og gode brukeropplevelser fører til videre bruk av videokonsultasjoner hos fastlegepasienter i fremtiden.

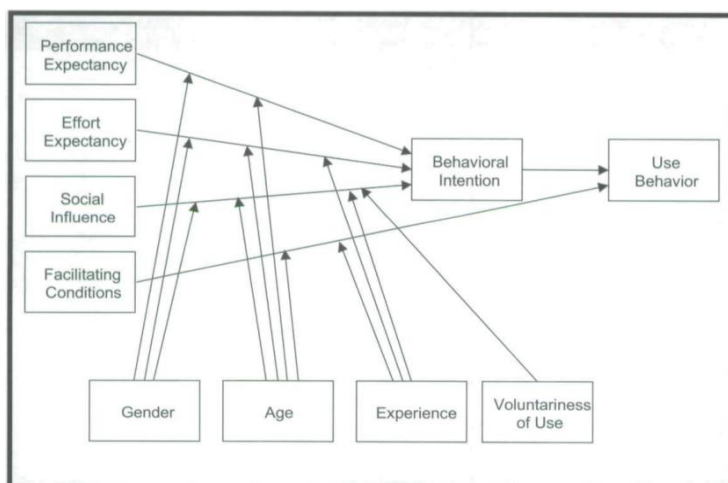
3. TEORETISK RAMMEVERK

Når man skal gjøre en studie hvor formålet er å få en dypere forståelse for erfaringer og intensjoner om bruk av teknologi som videokonsultasjoner, kan en teoretisk modell hjelpe gruppen med å finne viktige interaksjoner som kan påvirke intensjonen om bruk. Gruppen har valgt å bruke en teoretisk modell for teknologiaksept som bygger på en empirisk sammenligning av åtte av de mest kjente modeller for brukeraksept. Gruppen har valgt den sosiotekniske systemteorien Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT 2).

UTAUT modellen ble publisert i 2003, og er laget av Venkatesh et al. Som nevnt bygger denne modellen på åtte modeller, formålet med UTAUT var å sammenligne og samle disse til en enhetlig modell som integrerte elementer på tvers av de åtte modellene. UTAUT ble testet opp mot de andre modellene og resultatene viste at denne modellen overgikk de åtte andre individuelle modellene. Formålet med en slik modell er at man kan bruke denne for å vurdere sannsynligheten for brukeraksept når man introduserer ny teknologi. Man vil også kunne få en forståelse for drivere for brukeraksept, også for proaktivt å kunne utforme intervensjoner som er rettet mot brukere som kan være mindre tilbøyelig for å ta i bruk ny teknologi (Venkatesh et al., 2003, s. 425-426).

Dette er bilde av den opprinnelige UTAUT modellen:

Figur 3:

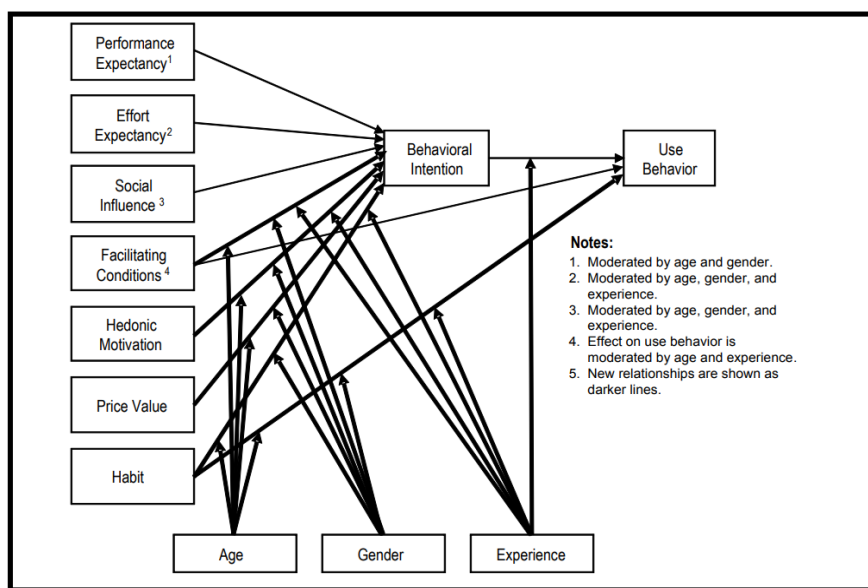


(Venkatesh et al., 2003, s. 447).

Venkatesh et al. skrev i 2003 at «following from the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology presented here, future research should focus on identifying constructs that can add to the prediction of intention and behavior over and above what is already known and understood» (s. 471).

I 2012 ble UTAUT 2 modellen publisert (Venkatesh et al., 2012). Dette er en utvidelse av den opprinnelige modellen. Som nevnt i 2003 ville fremtidig forskning muligens identifisere utvidelser av modellen. Når UTAUT og UTAUT 2 ble sammenlignet, skriver Venkatesh et al. at «Compared to UTAUT, the extensions proposed in UTAUT 2 produced a substantial improvement in the variance explained in behavioral intention» (2012, s. 157).

Figur 4:



(Venkatesh et al., 2012, s. 160).

Dette er bilde av UTAUT 2 med de nye utvidelsene «hedonic motivation», «price value» og «Habit». I Modellen kan man se at det som er markert med sterkere streker er nye utvidelser til UTAUT 2, mens de svake strekene er fra den opprinnelige UTAUT modellen. I tillegg er «voluntariness of use» fjernet i den nye modellen (Venkatesh et al., 2012, s. 160). Grunnen til at «voluntariness of use (frivillighet)» er fjernet fra den nye modellen er for at det er lagt en lenke mellom «Facilitation conditions (tilrettelegging av forhold)» og «behavioral intension»

(intensjoner om endret adferd), som blir moderert av alder, kjønn og erfaring (Venkatesh et al., 2012, s. 159). Ved å tilpasse og utvide UTAUT modellen fremmer dette bruken av UTAUT til andre formål som forbruker teknologi. Modellen kan også hjelpe forbrukerteknologiindustrien med å gi en forståelse for design og marked til ulike demografiske gruppene (Venkatesh et al., 2012, s. 159).

3.1 Performance expectancy

Performance expectancy (forventet ytelse) har vært med i UTAUT fra den opprinnelige modellen fra 2003 (Venkatesh et al., s. 447). Forventet ytelse er definert som graden en person som bruker teknologien oppfatter den som et hjelpemiddel for å oppnå effektivitet eller gevinst (Venkatesh et al., 2003, s. 447). Hvordan opplever brukeren systemets potensial. Nøkkelfaktoren er en av konstruksjonene som påvirker «behavioral intensjon» (intensjoner om endret adferd). Dette har visst seg å være den sterkeste faktoren som påvirker intensjonen om endret adferd for å ta i bruk teknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 160). Forventet ytelse modereres av alder og kjønn (Figur 4).

3.2 Effort expectancy

Effort expectancy (forventet innsats) har også vært med i UTAUT fra den opprinnelige modellen (Venkatesh et al., 2003, s. 447). Forventet innsats er også en av nøkkelkonstruksjonene som påvirker den adferdsmessige intensjonen om å bruke teknologi. Nøkkelfaktoren forventet innsats defineres som graden av letthet knyttet til bruken av systemet (Venkatesh et al., 2003, s. 450) og modereres av alder, kjønn og erfaring (Figur 4).

3.3 Social influence

Social influence (sosial påvirkning) er også fra den opprinnelige UTAUT modellen (Venkatesh et al., 2003, s. 447). Denne nøkkelfaktoren påvirker også den adferdsmessige intensjonen om å bruke teknologi. Sosial påvirkning defineres her som i hvilken grad brukeren oppfatter at andre tror eller mener de bør bruke en bestemt teknologi (Venkatesh et al., 2003, s. 451). Sosial påvirkning modereres av alder, kjønn og erfaring (Figur 4).

3.4 Facilitating conditions

Facilitating conditions (tilrettelegging av forhold) er en av nøkkel konstruksjonene som påvirker den adferdsmessige intensjonen om å bruke teknologi. Tilrettelegging av forhold refererer til forbrukernes oppfatning av ressursene og støtten de har rundt for å kunne bruke systemet (Venkatesh et al., 2012, s. 159). Denne indikatoren var i den opprinnelige UTAUT modellen, men da tenkt at tilrettelegging av forhold kun påvirket brukeradferden direkte (use behavior). I UTAUT 2 modellen har de funnet ut at indikatoren påvirker både intensjoner om endret adferd (behavioral intensjon) og brukeradferd (use behavioral). Tilrettelegging av forhold og intensjoner om endret adferd modereres av individuelle forskjeller som alder, kjønn og erfaring (Figur 4).

3.5 Hedonic motivation

Indre motivasjon er nytelse eller moro som kan oppleves av å bruke teknologi. I UTAUT 2 er dette en indikator som kan endre forbrukernes intensjoner om endret adferd (behavioral intensjon). Indiktoren har en viktig rolle for teknologiaksept og bruk. Dette er en av de nye utvidelsene til UTAUT 2, dette for å kunne skreddersy modellen til å kunne brukes i forbrukerteknologi sammenheng (Venkatesh et al., 2012, s. 161). Indikatoren er funnet viktig i bruk av forbrukerteknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 158).

3.6 Price value

Pris og verdi er også en ny utvidelse i UTAUT 2 for å kunne skreddersy modellen til å kunne brukes i forbrukerteknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 161). Å legge til denne indikatoren gjorde at modellen ble mer utfyllende, siden den opprinnelige modellen kun satte søkelys på ressurs hensyn relatert til tid og krefter (Venkatesh et al., 2012, s. 158). Dette er en indikator som kan endre forbrukernes intensjoner om endret adferd (behavioral intensjon). Kostnads- og prisstruktur kan ha en betydelig virkning for forbrukernes teknologibruk. Prisverdien kan oppleves som positiv dersom fordelene oppfattes å være større med å bruke teknologien (Venkatesh et al., 2012, s. 161).

3.7 Habit

Vane er også en av de nye utvidelse i UTAUT 2. Vane har kan ses på som i hvilken grad man presterer adferd automatisk, som følge av læring eller erfaring. Det er likhetstrekk mellom vane og automatikk. Vane gjenspeiler resultatene fra tidligere opplevelser. Dette er en indikator som kan endre forbrukernes intensjoner om endret adferd (behavioral intension) og brukeradferd (use behavior). Vane har en direkte effekt på teknologibruk, og/eller så kan vane svekke eller begrense styrken i forholdet mellom adferds intensjon og teknologibruk (Venkatesh et al., 2012, s.161-162).

3.8 Individuelle forskjeller

Individuelle forskjeller som alder, kjønn og erfaring er antatt å kunne moderere nøkkelfaktorene og effekten av intensjoner om endret adferd og bruk av teknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 157).

4. METODE

4.1 Valg av metode

Hellevik (2002) sier følgende om metode:

Metodelæren hjelper oss å treffe hensiktsmessige valg. Den gir oss oversikt over alternative fremgangsmåter og konsekvenser av å velge de enkelte alternativene. Ved å følge rådene får vi også hjelp til å motstå fristelsen til å bruke fremgangsmåter som øker sjansen for at undersøkelsen skal gi nettopp de resultatene vi ønsker. (2002, sitert i Johannessen et al., 2010, s. 29)

For å velge metode måtte vi finne den metoden som var mest hensiktsmessig for å svare på problemformuleringen. Gruppen har valgt et kvantitativt design med nettbasert spørreskjema. I dette prosjektet har vi valgt å jobbe strukturert med problemanalysen for å komme frem til en problemformulering som både kan gi svar, men samtidig gi struktur til oppgaven. En problemformulering defineres av Halvorsen som et «spørsmål som blir stilt med et bestemt formål, og på en så presis måte at det lar seg belyse gjennom bruk av samfunnsvitenskapelige metoder» (2008, sitert i Johannessen et al., 2010, s. 59).

Etter å ha jobbet strukturert med problemanalysen og problemformuleringen førte det oss til følgende hypotese: «økt bruk av videokonsultasjoner og gode brukeropplevelser fører til videre bruk av videokonsultasjoner hos fastlegepasienter i fremtiden». Hypotese kommer fra gresk, hvor *hypo* betyr *under* og *thesis* kan oversettes som *setning*. En hypotese kan derfor forklares som en foreløpig, rimelig antakelse som forklarer fenomenet (Johannessen et al., 2010, s. 49). I vårt tilfelle var det den store bruken og de gode brukeropplevelsene som knytter seg til at man tror det i fremtiden også vil benyttes videokonsultasjon i møte med sin fastlege. Ved å bruke samfunnsvitenskapelige metoder kan man teste hypotesen og på det viset bekrefte eller avkrefte hypotesen.

Fenomenet gruppen undersøker kan måles empirisk og videre analyseres ved hjelp av statistiske metoder. Denne typen kvantitativ forskningsmetodikk er filosofisk basert på positivismen. Posivismen har opprinnelse fra naturvitenskapen. «I forskningsfilosofien

innebærer positivismen en antakelse om at det finnes en objektiv sannhet eller virkelighet som er naturgitt og uavhengig av forskernes verdier og synspunkter» (Pripp, 2016). Metodikken er utviklet slik at personlige antakelser og preferanser ikke skal påvirke resultater, analyser og konklusjoner. Denne forskningsstrategien er hypotetisk-deduktiv, hvor hensikten er å forkaste eller bekrefte hypotesen (Pripp, 2016). Hypotesen testes ved empiriske konsekvenser som konfronteres med data. Ut ifra dette kan gruppen forkaste eller bekrefte hypotesen.

4.2 Metodiske overveielser

Gruppen mener at problemformuleringen kunne vært besvart ved bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode. Ved å utarbeide et digitalt kvantitativt spørreskjema mener gruppen at det ville være lettere å rekruttere respondenter og dermed få svar på problemformuleringen. I tillegg ville søknadsprosessen i forhold til etiske godkjenninger gå fortere, da vi ikke har behov å samle inn personopplysninger. For å få mest mulig utdypende svar har gruppen også valgt å trekke inn noen spørsmål som kan besvares med åpne tekstsvare. Dette kan tolkes kvalitativt. Gruppen har vurdert om metoden kunne lande på en mixed method (både kvantitativ og kvalitativ metode) men funnet ut at disse svarene kun utgjør en liten del av oppgaven. Vi vil derfor bruke tekstsvarene for å få en dypere forståelse av spørsmålene vi har stilt.

4.3 Utforming av spørreskjema og integrasjon med UTAUT 2 modellen

Spørreskjemaet er utarbeidet i SurveyXact, hvor man også har lagt til at det er en anonym undersøkelse. Det vil da ikke bli samlet inn e-postadresse, IP adresser eller annet som gjør at respondentene kan kjennes igjen eller oppspores. For studiens del var det som nevnt ikke behov for å samle inn personidentifiserende data. Ved å se til andre lignende studier fikk man en pekepinn på hvordan spørsmålene skulle utformes. Fordelen med å utforme spørreskjemaet ved å se til andre lignende studier, er at de ofte har gjennomført omfattende utprøvinger av sine spørreskjema (Johannessen et al., 2010, s. 260). Det kan også være mulig å sammenligne resultatene når man bruker lignende spørsmål fra andre studier (Johannessen et al., 2010, s. 261). Spørreskjemaet består i stor grad av en variasjon av svaralternativer av dikotomstandard (ja, nei og vet ikke) og alternativer på «Likert-skalaen» med fem verdier. Ifølge Johannessen et al. (2010, s. 271) gir skalaer som «Likert-skalaen» respondentene mulighet til å nyansere

sitt svar, og det anbefales å ha minst fem verdier dersom man ønsker å gjøre mer omfattende statistiske analyser.

Det ble også tatt utgangspunkt i UTAUT 2 modellen for utarbeidelse av spørsmålene og for å sikre at spørsmålene som ble stilt lettere kunne kobles sammen i analysen.

Spørreundersøkelsene besto av 23 spørsmål totalt, 20 av spørsmålene er kvantitative og 3 av spørsmålene var åpne tekstsvaer. Det ble etterstrebet å lage spørreskjemaet så kort og konsist som mulig, dette for å øke sjansen for en høy svarprosent (Johannessen et al., 2010, s. 273).

Hvordan gruppen har jobbet med UTAUT 2 modellen vil fremkomme her. Gruppen vil her presentere hvordan UTAUT 2 modellen har vært integrert i utarbeidelse av undersøkelsens spørsmål.

4.3.1. Performance expectancy

Ut ifra forventet ytelse (kapitel 3.1) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter disse spørsmålene:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none"> • Ble dine forventninger til konsultasjonen oppfylt? • Opplevde du å bli sett, hørt og forstått av legen? • Opplevde du å få den hjelpen du trengte? 	<p>Gruppen tenker at ved å spørre fastlegepasienter disse spørsmålene vil vi muligens kunne fange opp om grad av opplevelsen påvirker intensjoner om endret adferd, når det kommer til videre bruk av videokonsultasjoner.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Opplevde du noen problemer under konsultasjonen? • Hvorfor ønsker/ønsker ikke du å bruke videokonsultasjon igjen? 	<p>Dersom en bruker har opplevd problemer under videokonsultasjonen kan det tenkes at det kan føre til en negativ opplevelse. Gruppen ønsket at respondentene skulle få mulighet til åpne kvalitative tekstsvaer i tillegg til de kvantitative spørsmålene. Derfor valgte vi også å stille disse spørsmålene som kan knyttes opp mot forventet ytelse.</p>

4.3.2 Effort expectancy

Ut ifra forventet innsats (kapitel 3.2) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter dette spørsmålet:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none">Hvordan var brukervennligheten?	Gruppen tenker at det kan være relevant å finne ut hvordan fastlegepasientene opplever brukervennligheten. Dersom brukervennligheten for eksempel oppleves bra eller dårlig, er det relevant å se dette spørsmålet opp mot intensjoner om endret adferd og videre bruk av videokonsultasjoner.

4.3.3 Social influence

Ut ifra sosial påvirkning (kapitel 3.3) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter disse spørsmålene:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none">Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?	Gruppen tenker det er relevant å spørre fastlegepasientene om de vil anbefale andre å bruke videokonsultasjoner. Det kan tenkes at dersom de anbefaler andre å bruke videokonsultasjoner, er dette også noe de selv ønsker å fortsette med.
<ul style="list-style-type: none">Hvorfor vil du anbefale/ikke anbefale andre å benytte videokonsultasjon?	For å få en dypere forståelse for hvorfor respondentene anbefaler eller ikke anbefaler andre å benytte videokonsultasjon ønsker vi kvalitative svar i tekstformat.

4.3.4 Facilitating conditions

Ut ifra tilrettelegging av forhold (kapitel 3.4) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter disse spørsmålene:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none">Hvilken enhet brukte du til å gjennomføre videokonsultasjon?	Venkatesh et al. (2012) nevner at tilrettelegging for hver forbruker kan for eksempel variere ut ifra ulik teknologi. De skriver også at en forbruker med lavere nivå av tilretteleggingsforhold vil ha lavere intensjon om å bruke en teknologi (s. 162). Her tenker gruppen at det kan være relevant å finne ut om det er forskjeller mellom å bruke smarttelefon, nettbrett, PC eller MAC for fastlegepasientene som er forbrukere av en videoløsning. Påvirker enheten de bruker intensjonen om endret adferd (behavioral intensjon) og/eller brukeradferden til fastlegepasientene?
<ul style="list-style-type: none">Er helseproblemet kjent for legen?	I en studie av fastleger i Norge så de blant annet på egnetheten til å bruke videokonsultasjoner med pasienten. I studien fant de ut at når fastlegen kjente

<ul style="list-style-type: none"> • Har du hatt konsultasjoner med fastlegen din før? 	<p>pasientene sine veldig godt på forhånd, ble videokonsultasjon ansett for å være bedre eller ha samme egnethet når de sammenlignet dette med fysisk konsultasjon (57% av 1011/1785). Dersom pasienten var ukjent falt graden av egnethet til 32% (82/274) (Johnsen et al., 2021).</p> <p>Gruppen tenker at videokonsultasjoner består av flere komplekse perspektiver som kan påvirke intensjonen om bruk. Hvordan opplever man teknologien, men også at det er viktig å sette søkelys på hva teknologien skal brukes til. Ut ifra forskningen kan man se at å kjenne pasienten har en påvirkning på om teknologien er egnet å bruke. Ut ifra dette mener gruppen at det er relevant å finne ut om fastlegepasienten har hatt konsultasjoner med sin fastlege før, og om helseproblemet er kjent for legen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hvorfor oppsøkte du fastlege? 	<p>Johnsen et al. (2021) har også funnet ut at det er noen pasientgrupper som videokonsultasjoner er mer og mindre egnet for. Gruppen valgte derfor å spørre fastlegepasientene hvorfor de oppsøkte fastlege. Gruppen valgte å dele opp de ulike pasientgruppene (diagnoser) i ulike grupper ut ifra om de var definert som egnet eller ikke. Respondentene vil ikke vite hvilken av disse gruppene som er ansett for å være mer og mindre egnet for videokonsultasjoner.</p> <p>Gruppen tenker at dersom en fastlegepasient har dårlige erfaringer med videokonsultasjon, ønsker vi å se om vi kan finne en sammenheng mellom egnethet av videokonsultasjoner og pasientgrupper. For eksempel er hudproblemer mindre egnet, dette kan tenkes å ha en sammenheng med teknologien som brukes (webkamera). Kvaliteten av videobilde vil være en faktor for hvordan forbrukeren oppfatter ressursene for å bruke systemet, dette vil igjen kunne påvirke den adferdsmessige intensjonen om å bruke videokonsultasjon.</p>

4.3.5 Hedonic motivation

Ut ifra indre motivasjon (kapitel 3.5) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter dette spørsmålet:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan var opplevelsen? 	<p>Det kan tenkes at opplevelsen fastlegepasienter har med videokonsultasjoner vil kunne påvirke videre bruk.</p>

4.3.6 Price value

Ut ifra pris og verdi (kapitel 3.6) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter dette spørsmålet:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none">• Ved å benytte deg av videokonsultasjon, sparte det deg for tid og/eller kostnader?	Besparelsene for samfunnet er store (Laukli, 2020). Dersom fastlegepasienten opplever at de sparer tid og/ eller kostnader kan det tenkes at dette påvirker intensjonen om endret adferd og videre bruk.

4.3.7 Habit

Ut ifra vane (kapitel 3.7) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter dette spørsmålet:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none">• Var det ditt valg å benytte videokonsultasjoner?	Dette med tanke på at videokonsultasjon var et ønske fra pasientens perspektiv. Det kan tenkes at dersom pasienten har det som en vane å bruke videoløsninger, ville pasienten kunne valgt videokonsultasjon.

4.3.8 Individuelle forskjeller

Ut ifra individuelle forskjeller (kapitel 3.8) valgte gruppen å spørre fastlegepasienter disse spørsmålene:	
Spørsmål:	Hvorfor:
<ul style="list-style-type: none">• Alder• Kjønn	Gruppen har valgt å stille spørsmål om alder og kjønn i spørreundersøkelsen for å kunne se om det er individuelle forskjeller som kan påvirke nøkkelfaktorene og intensjoner om bruk.
<ul style="list-style-type: none">• Har du benyttet deg av videokonsultasjon i møte med din fastlege?• Hvordan vurderer du din brukertekniske erfaring?• Hvor mange ganger har du benyttet deg av videokonsultasjon?• Brukte du videokonsultasjon før koronapandemien?	Gruppen tenker også at tidligere erfaring kan påvirke brukradferden for videre bruk. Ut ifra dette valgte vi å stille noen spørsmål knyttet til erfaring.

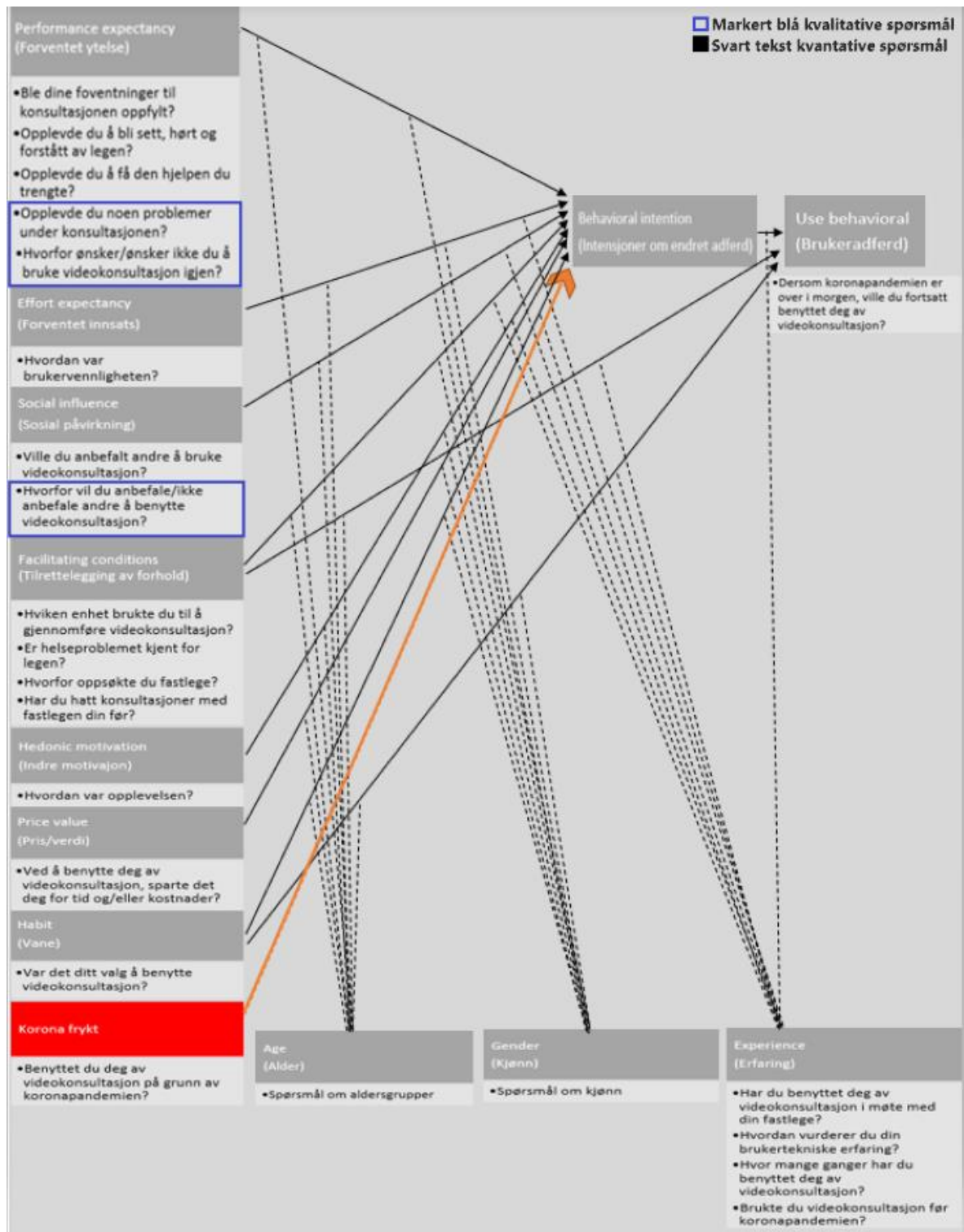
4.3.9 UTAUT og koronapandemien

Koronapandemien førte til sosial isolasjon og gjennom pandemien har digitaliseringen skutt fart (Direktoratet for e-helse, 2022c). Gruppen har hatt vanskeligheter for å finne en teoretisk modell som passer helt inn i situasjonen vi har vært i. Vi har derfor valgt å tilpasse UTAUT modellen med en ekstra nøkkelfaktor. Gruppen ønsket å legge til «koronafrykt» som en faktor som kan påvirke intensjonen om endret adferd og bruk av teknologi. Vi ønsket å spørre fastlegepasientene spørsmålet: «Benyttet du deg av videokonsultasjon på grunn av koronapandemien?». Gruppen fant tidligere en studie som omhandlet temaet med UTAUT modellen, sosial isolasjon og koronafryktens modererende rolle på brukeratferd. Dette var en studie gjort av Raza et al. (2020). Studien er ikke helt relevant innenfor helseinformatikken, men problematikken de påpeker i studien er relevant. De kommer med en anbefaling til fremtidig forskning å studere den utvidede modellen til UTAUT for å kunne se koronavirusets innflytelse på UTAUT modellen. Gruppen har tenkt at koronafrykt muligens kan påvirke intensjoner om endret adferd og bruk, derfor har vi valgt å ta dette med.

4.3.10 UTAUT 2 som analyseverktøy

Problemformuleringen er sosioteknisk kompleks. Det er som nevnt mange faktorer eller avhengigheter som kan spille inn for bruk av videokonsultasjoner. Gruppen valgte derfor å utarbeide en modell (Figur 5) inspirert av UTAUT, UTAUT 2 og Raza et al. (2020) som vi tenkte kunne hjelpe oss for å få en bedre oversikt over et komplekst tema. Modellen brukte gruppen også til analyse av data, da vi lettere fikk en oversikt over hvilke spørsmål som var relevant for analysen. Gruppen tenkte at for å kunne få svar på om intensjonen om bruk hadde endret seg (use behavior) ville det være relevant å spørre respondentene spørsmålet «Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?».

Figur 5:



Inspirert av Venkatesh et al., 2003, s. 447, Venkatesh et al., 2012, s. 160 og Raza et al., 2020.

4.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Gruppen ønsket respondenter over 18 år som hadde benyttet seg av videokonsultasjoner i møte med sin fastlege. Spørreundersøkelsen startet derfor med et ekskluderings spørsmål «Har du benyttet deg av videokonsultasjon i møte med fastlegen?». Dersom vedkommende svarte «nei», fikk de ikke mulighet å svare videre på undersøkelsen.

For å unngå at personer under 18 år besvarte spørreskjemaet ble det laget en loop, slik at de ikke fikk tilgang til undersøkelsen. Dersom respondenten hadde svart at de var i aldersgruppen 0-18 år ville de blitt sendt videre til avslutning av spørreundersøkelsen. De ville derfor ikke fått mulighet til å svare på noen av spørsmålene. Dette på bakgrunn av lov om medisinsk og helsefaglig forskning som det står at «rett til å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning har personer over 18 år...» (Helseforskningsloven, 2008, §17). Det var derfor viktig for gruppen å gjøre det som var mulig for å unngå at personer under 18 år besvarte spørreskjemaet.

4.5 Ethiske overveielser

Spørreskjemaet er utarbeidet på en slik måte at det ikke samles inn persondata som indentifiserer respondentene. Det er underveis gjort flere ulike overveielser for å forsikre om at prosjektet følger de forskningsetiske retningslinjene. Respondentene ble opplyst om at spørreskjemaet var anonymt, samt at de hadde mulighet til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt underveis i undersøkelsen ved å avslutte. Dette ville ikke ha gitt noen konsekvenser for respondentene dersom de valgte å avslutte eller ikke fullføre undersøkelsen.

Gruppen har sjekket at prosjektet ikke er søknadspliktig til NSD (Vedlegg 3). Det ble også sendt inn søknad til fakultetets etiske komite ved universitet i Agder, denne ble godkjent 25.11.21 (Vedlegg 4). I tillegg ønsket gruppen å forsikre seg om at sosiale medier var en plattform vi kunne benytte for å rekruttere respondenter. Gruppen har derfor tatt dette opp med veileder og personvernombud ved universitetet i Agder, og fått godkjenning til dette. Gruppen har vurdert fordeler og ulemper med å rekruttere respondenter via sosiale medier. På den ene siden kunne man nå ut til flere mulige respondenter på kort tid, på den andre siden kunne man miste kontrollen på hvem som svarte på undersøkelsen. Det har vært forsøkt å sikre undersøkelsen for useriøse respondenter ved hjelp av ekskluderings spørsmål.

4.6 Pilotering av spørreundersøkelsen

En pilot av spørreundersøkelsen er en liten versjon eller prøve kjøring av en studie som gjøres som en forberedelse til en større studie. Det er designet for å vurdere gjennomførbarheten av studien (Polit & Beck, 2017, s. 739).

Gruppen gjennomførte pilotering av spørreundersøkelsen for å teste om det var noe som virket uklart for respondentene. Gruppen valgte ut to personer hver som testet spørreundersøkelsen. Vi ønsket tilbakemelding på om det var enkelt for de å svare på spørsmålene, og om det var noe som var tvetydig. Etter tilbakemelding fra respondentene endret vi ordlyden på to spørsmål før undersøkelsen ble publisert.

4.7 Utvalg og tilgang til feltet

For å møte inklusjonskriteriene benyttet vi oss av sosiale medier (Facebook). Vi utarbeidet en felles mal for hva som skulle stå formulert i innlegget (Vedlegg 9). Gruppen delte informasjon om studien og at undersøkelsen var anonym, samt lenke til spørreundersøkelsen. For å passe på at utvalget ikke ble for homogent, ble andre facebook-grupper kontaktet for å dele undersøkelsen videre med sine medlemmer. Tilgangen til feltet var i dette tilfellet stort, da man hadde mulighet til å benytte seg av sosiale medier.

4.8 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble delt på sosiale medier den 20.12.2021, med svarfrist 10.02.2022. Den noe lange svarfristen var begrunnet i at spørreundersøkelsen kom midt i julen. Når svarfristen gikk ut så gruppen at vi kun hadde 18 respondenter, disse hadde tatt undersøkelsen de første dagene den lå ute. Selv om tilgangen til feltet var stort, var det vanskelig å få besvarelser. Sosiale medier beveger og endrer seg i enorm hastighet og innlegget forsvant raskt blant andre innlegg på Facebook. Dette medførte at gruppen gikk mer aktivt ut for å snakke om prosjektet, dette for å få flere i nettverket til å dele undersøkelsen. Vi anså det derfor som nødvendig å forlenge svarfristen til 01.03.2022. Ved avslutningen av undersøkelsen hadde vi da 30 respondenter, hvorav 2 ikke hadde gjennomført hele undersøkelsen. Det hadde vært ønskelig med en høyere svarprosent ettersom denne oppgaven

har som formål å besvare et større fenomen, derimot satt tiden en stopper for muligheten til å innhente flere respondenter.

4.9 Reliabilitet

Polit og Beck skriver at «reliabilitet refererer til nøyaktigheten til informasjon innhentet i en studie» (2017, s. 160). Reliabiliteten til en kvantitativ studie er et viktig kriterium for å vurdere kvaliteten. Reliabilitet handler om i hvilken grad resultatene er frie for feilmålinger. Ville resultatene endret seg ved gjentatte undersøkelser eller dersom for eksempel forskjellige personer hadde tatt undersøkelsen? (Polit & Beck, 2017, s. 303).

Polit og Beck nevner også at reliabilitet er viktig for å tolke statistiske resultater. «Statistisk reliabilitet refererer til sannsynligheten for at resultatene vil holde med en bredere gruppe enn personene som deltok i studien, det vil si at resultatene støtter en intervensjon om hva som er i en populasjon» (Polit & Beck, 2017, s. 160). Johannessen et al. (2010, s. 40) forklarer at de to vanligste måtene er en test-retest hvor man deler ut samme undersøkelse to ganger med et gitt tidsmellomrom. Dersom man får samme svar, kan man si undersøkelsen har høy reliabilitet. Den andre metoden som blir nevnt kalles interrealibilitet, denne går ut på at forskere har gjort lignende studier med lignende funn, noe som viser reliabilitet til studien. Det er nærliggende å tenke at dette er den beste måten for denne studien å vise sin reliabilitet på. Ettersom studien er skrevet med en begrenset tidsramme har det ikke vært mulighet til å teste reliabilitet. Gruppen tenker at skjevfordelingen av alder i undersøkelsen kan ha noe å si for reliabiliteten til studien. Det kan tenkes at resultatene kunne vært annerledes dersom alder hadde vært normalfordelt, eller en annen aldersgruppe hadde vært dominerende. Når det kommer til statistisk reliabilitet er det vanskelig å vite om gruppen ville fått de samme resultatene dersom vi hadde gjort den samme spørreundersøkelsen på en større gruppe. Tidsrommet spørreundersøkelsen har vært utført i har vært preget av koronapandemien, det er derfor også vanskelig å si om gruppen ville fått et annet resultat i fremtiden.

4.10 Validitet

Validitet er et mer komplekst som dreier seg om gyldigheten til studiet, det vil si hvorvidt funnene er objektive og godt begrunnet. Validitetsspørsmålet er om metodene virkelig måler det de utgir seg for å måle (Polit & Beck, 2017, s. 161).

Gruppen mener at spørreundersøkelsen er utformet slik at det er vanskelig å feiltolke spørsmålene. Det var viktig for gruppen at spørsmålene var tydelige, og at det ikke var behov for respondentene å tyde hva man ønsket å komme frem til. Derfor la vi til «vet ikke» eller «ønsker ikke å oppgi» for å utelukke tvangssvar. Bias eller skjevheter må man være oppmerksom på. En skjevhet kan true studiens validitet og pålitelighet. Polit og Beck (2017, s. 161) nevner at noen ganger kan folk forvrengte sin oppførsel eller uttalelser, bevisst eller ubevisst for å presentere seg selv i det beste lyset. Gruppen har diskutert dette og tenker at spørsmålene vi stilte ikke omhandlet hvor god eller dårlig respondentene var til noe, ut ifra spørsmålene som ble stilt. Denne spørreundersøkelsen var også anonym, dette kunne kanskje bidra til at respondentene svarte mer ærlig. Det kan tenkes at dette er mer relevant dersom gruppen hadde valgt en kvalitativ metode.

Innen validitet skiller man også mellom begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet. «Begrepsvaliditeten måler i hvor stor grad målevariabelen gjenspeiler eller reflekterer den variabelen vi virkelig ønsker å studere» (Laake et al., 2013, s. 136). Er det vi måler relevant for problemformuleringen? Gruppen mener at begrepsvaliditet er god med bakgrunn i godt grunnarbeid med problemanalyse og problemformulering. Intern validitet «uttrykker at resultatene er korrekte og gyldige for det studerte utvalget» (Pripp, 2018). Gruppen tenkte at en kvantitativ metode egnet seg best for å unngå bias som for eksempel at respondentene forsøkte å presentere seg selv i det beste lyset, som Polit og Beck nevnte. Gruppen forsøkte å forsikre oss om at spørsmålene ikke ble fremstilt slik at de kunne feiltolkes, dette ved å utføre en pilotering av spørreundersøkelsen. «Ytre validitet angir i hvilken grad resultatene er gyldige under andre betingelser og for andre utvalg – altså generaliserbarheten» (Pripp, 2018). Til hvilken populasjon kan vi generalisere våre konklusjoner? Spørreundersøkelsen hadde få respondenter, gruppen mente derfor at vi måtte være forsiktig med å trekke konklusjoner. Ved å trekke inn forskning som nylig var publisert på området mener gruppen at dette kan gi en indikator for erfaringer og videre bruk av videokonsultasjoner.

4.11 Bearbeiding av data

Spørreskjemaet ble som nevnt laget i SurveyXact som er Universitetet i Agder sitt godkjente datainnsamlingsverktøy (Universitetet i Agder, u.å). Når spørreundersøkelsen var avsluttet benyttet gruppen delt skjerm funksjonen for å sikre at dataen ble flyttet over til SPSS på en sikker måte. I SPSS ble det først gjennomført en opprydning i datasettet, hvor vi ga alle data riktige navn, samt kontrollerte at det var riktig målenivå. Målenivået til variablene er det som angir hvilke statistiske analyser man skal foreta seg og hvilke som vil gi meningsfulle analyser (Johannessen et al., 2010, s. 253). Respondenter som ikke hadde fullført undersøkelsen ble også slettet fra datasettet. Da dette var utført sto vi igjen med 28 respondenter.

Gruppen utførte først en frekvensanalyse av alle data (figur 7). For å presentere dataen på en enkel og oversiktlig måte ble SurveyXacts analyseverktøy benyttet i resultatdelen av oppgaven. Eikmo og Clausen (2012, s. 136) påpeker at det ofte kan lønne seg å fjerne unødig informasjon og gjøre resultatet så lettleselig som mulig. For å se sammenheng mellom to variabler ble SPSS benyttet, hvor vi utførte bivariate analyser i form av krysstabeller. Det er brukt Pearsons kji-kvadrattest på alle analysene for å se etter signifikansnivå. Dette for at alle krysstabellene var mer enn 2x2. Gruppen har valgt å oppgi p-verdiene fra analysene i denne studien. Det tas forbehold om at disse må tolkes med forsiktighet, da utvalget var for lite til å fastslå signifikans. Det er ikke tatt utgangspunkt i å bekrefte eller avkrefte hypotesen ut fra signifikans i denne studien, ettersom det er stor usikkerhet knyttet til funnene.

For å presentere dataen fra analysene på en oversiktlig måte ble de overført til et Excel-skjema. Gruppen var nøye på at dette måtte gjøres på delt skjerm, slik at ingen av resultatene som ble kopiert inneholdt feil.

4.12 Litteratursøk

I starten av oppgaveprosessen er det blitt utført ustrukturerte søk for å finne frem til informasjon og forskning på feltet. Ved hjelp av disse kildene har vi kunnet skrive problemanalysen, samt fått forkunnskap for problemområdet.

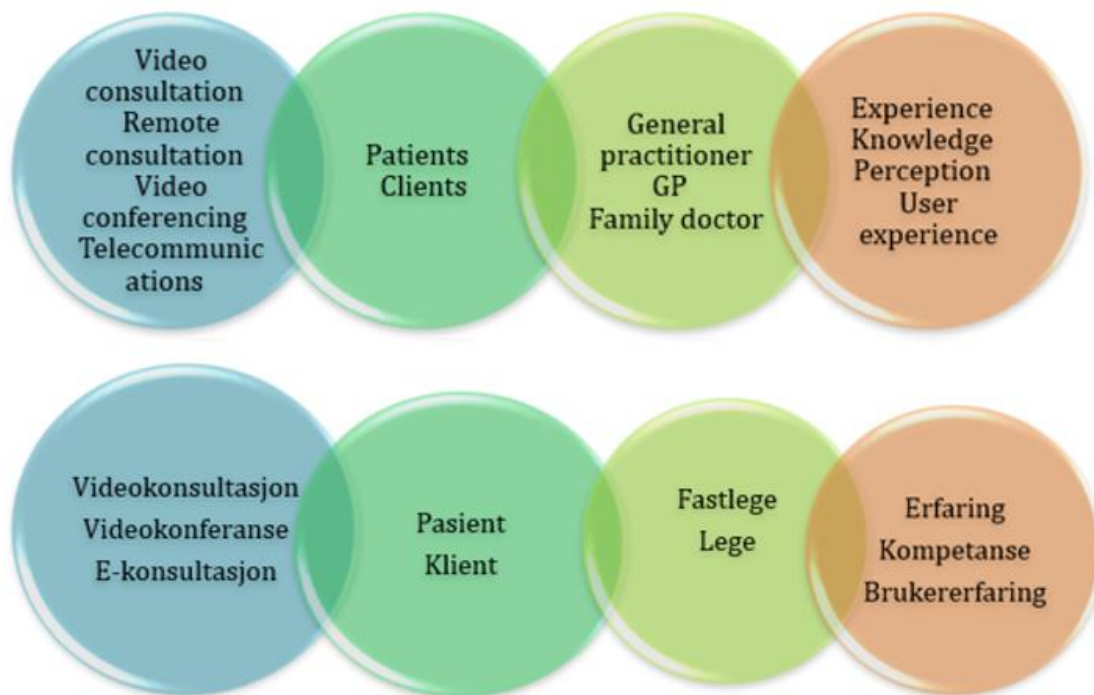
Når problemformuleringen var satt utførte gruppen strukturerte søk for å spisse søkene rettet mot problemformuleringen. Dette kapittelet vil derfor gi leseren innsikt i hvordan gruppen har

gått frem for finne forskning på en strukturert måte. For at gruppen skulle ha mulighet til å bekrefte eller avkrefte hypotesen, anså vi det som nødvendig å gjøre gode strukturerte søk. Dette på grunn av få respondenter på spørreskjemaet. Det er i tillegg også gjort ustrukturerte søk gjennom hele oppgaveprosessen.

4.12.1 Søketermer

Gruppen satt sammen på delt skjerm for å finne søketermer, og brukte terminologidatabasen for å finne MeSH-termer som kunne brukes inn i søket. Vi tok utgangspunkt i problemformuleringen og valgte ord ut fra denne, etter flere søk kom vi ned til rundt 20 treff per søk, noe som gjorde at vi fortsatte med like søkeord i de andre databasene. Søkeordene som ble brukt er vist i figur 6 nedenfor.

Figur 6:



Søkeordene i samme boble med bundet sammen med «OR» og boblene ble igjen bundet sammen med «AND». På denne måten fikk man opp treff som inneholdt studier som kunne være av interesse. Søkeordene er oppgitt både engelske og norske i figur 6. Det ble også benyttet PICO skjema for å gi struktur (Vedlegg 8).

4.12.2 Gjennomføring av søk

Det ble først valgt ut databaser søkene skulle gjøres i, til dette ble studiesiden til helse- og sosialinformatikk brukt. Her er det oppgitt databaser som er anbefalt fra universitet og som kunne gi gode treff i forhold til problemformuleringen. Databasene som ble valgt ut var Medline, Cinahl, Scopus og WHO's «global resarch on coronavirus disease». Medline er opprettet av det amerikanske nasjonale biblioteket for medisin og inneholder artikler fra kjente helsetidsskrifter og studier gjort på det helsefaglige feltet (Helsebiblioteket, u.å). Cinahl ble valgt ut ettersom det er en av verdens største databaser og en pålitelig kilde innenfor sykepleierfaget og tilstøtende faggrupper (Universitetet i Sørøst-Norge, u.å). Scopus er en referansedatabase som legger hovedvekt på realfag, medisin og samfunnsvitenskap (Universitetet i Oslo, 2015). Global resarch on coronavirus disease er en database opprettet av World Health Organization (WHO), denne oppdateres daglig for å samle forskningen som gjøres på og rundt covid-19 internasjonalt (WHO, 2021).

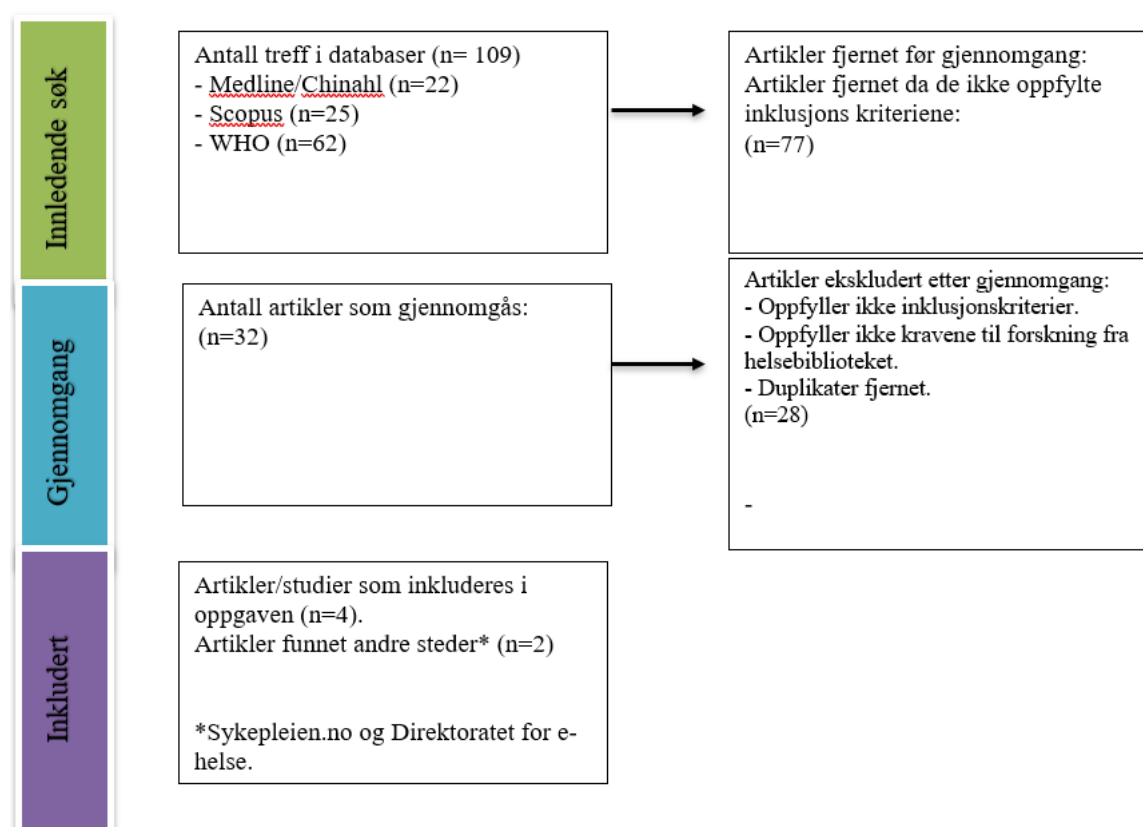
Database	Antall treff	Lest abstract	Lest	Brukt
Medline/ Cinahal	22	10	8	2
Scopus	25	7	5	0
WHO	62	15	7	2

4.12.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Når søkene var gjort og man skulle begynne å lese gjennom studier og artikler som var av interesse, ble man nødt til å ta noen valg på hva som var interessant for prosjektet og ikke. Det ble derfor satt opp kriterier for hva studiene og artiklene måtte inneholde og hva som skulle ekskludere en studie eller artikkel fra videre bruk inn i prosjektet. Underveis i søkene så man at det var gjort lite forskning direkte på fastlegepasienter, man måtte derfor endre noe på kriteriene. Studier som var relevante viste pasienters erfaring med helsevesenet som kunne ligne på en fastlege ved at man hadde en relasjon på forhånd. Dette gjelder da pasienter som har gått til en lege over tid, slik at man har kjennskap til hverandre. Inklusjons og eksklusjons kriteriene er vist i tabell på neste side.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Videokonsultasjon. ✓ Fastlegepasienter. ✓ Land som er sammenlignbare med Norge. ✓ Publikasjoner ikke eldre enn 2020. ✓ Erfaringer med bruk fra et pasientperspektiv. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ E-konsultasjon som ikke innebærer video, slik som tekstbasertkonsultasjon eller telefonkonsultasjon. Studier hvor det ikke kom klart frem hvilken type konsultasjon som ble studert ble også ekskludert. ✓ Pasientgrupper som ikke kunne sammenlignes med fastlegepasienter ble ekskludert. ✓ Land som ikke kan sammenlignes med Norge. Dette kan for eksempel være på grunn av bredbånds utbygning, tilgang til fastlege og fastlegesystemet. ✓ Publikasjoner etter 2020, dette for at koronaviruset er en viktig faktor inn i prosjektet.

4.12.4 Flytskjema litteratursøk



Modell laget etter inspirasjon av PRISMA (2021).

5. RESULTATER AV LITTERATURSØK

Under blir studiene som var av interesse etter gjennomlesning oppsummert i korte trekk. Disse studiene vil bli brukt videre inn i oppgaven under diskusjon og konklusjonsdelen.

5.1 Hva synes eldre om å bruke videokonsultasjon?

Metode:	Kvantitativ metode.
Kilde:	(Walderhaug et al., 2020)
Publisert:	Mars, 2020.
Stuedsted:	Norge.
Deltakere:	30 deltakere i alderen 60-81 år som hadde benyttet seg av videokonsultasjon.
Formål:	Hensikten med studien er å se på eldre sin erfaring med bruk av videokonsultasjon og deres valg av velferdsteknologiske hjelpemidler.
Resultater:	<p>En stor andel av de eldre sier de har høy (33,3%) eller middels (50,0%) brukerteknisk erfaring. 83,3 % sier at de tror slik teknologi kan brukes til å snakke med legen. En stor andel av respondentene (60%) syntes også det var spennende å teste ut forskjellig teknologi og bli kjent med denne.</p> <p>Flere av respondentene mente det måtte settes søkelys på hvordan man får lyd og bilde til å fungere tilfredsstillende, mens andre ikke syntes dette var så nøye dersom de fikk god brukerstøtte.</p> <p>Respondentene sa at de kunne tenke seg videokonsultasjon med legen for korte samtaler, men at i mer krevende situasjoner ønsket de fysisk kontakt.</p> <p>De eldre er opptatt av brukervennlighet, det må være lett å forstå, enkelt å koble til nettverk og lyd og bilde må være velfungerende.</p> <p>Brukervennlighet, etiske utfordringer, teknologiforståelse og tilrettelegging er viktige faktorer for at eldre skal benytte seg av teknologien.</p>

5.2 Reciprocal dynamics between patients' choice of place and how they experience video consultations: A qualitative study.

Metode:	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer.
Kilde:	(Lüchau et al., 2021).
Publisert:	22. september, 2021 Sagepub.
Stuedsted:	Danmark.
Deltakere:	27 danske fastlegepasienter som hadde benyttet seg av videokonsultasjon.
Formål:	Formålet med studien var å se hvordan pasienten ble påvirket av miljøet de hadde videokonsultasjonen i, og om dette hadde noe si for opplevelsen og bruken av videokonsultasjon. De undersøkte følgende steder å ha videokonsultasjon: I hjemmet og på arbeidsplassen. Studien ser også på hvordan pasientene oppfattet å bli eksponert på en skjerm i møte med fastlegen.
Resultater:	<p>Studien viser at de fleste opplever det som enklest, tryggest og mest tilgjengelig å ha videokonsultasjon i hjemmet. Her slipper pasienten å finne passende sted og man er i kjente omgivelser. Samtidig var de fleste hjemme når de var syke. Studien ble i tillegg utført mens Danmark opplevde å bli stengt ned på grunn av covid-19.</p> <p>De av respondentene som hadde hatt videokonsultasjon på arbeidsplassen opplevde flere dette som en enkel og grei løsning. Det var derimot noen som syntes dette var ubehagelig og lite privat, tanken på at kollegaer skulle overhøre samtalen gjorde opplevelsen dårlig.</p> <p>Respondentene ble også spurt om hvordan de opplevde å eksponere seg selv på kamera. Flere sa at de opplevde det som mindre privat enn en fysisk konsultasjon. Alle kvinnene i undersøkelsen sa at de ikke ønsket å vise frem intime kroppsdeler på video. Undersøkelsen viser at video endrer en del av betingelsene for selve konsultasjonen ved å påvirke hvordan pasientene føler at kroppen blir oppfattet.</p>

5.3 Collaborative domestication. How patients account for their experience of video consultations with their general practitioner.

Metode:	Kvalitativ case studie.
Kilde:	(Lüchau et al., 2022).
Publisert:	2022, Journal of media and communication research.
Stuedsted:	Danmark.
Deltakere:	13 fastlegepasienter som hadde benyttet seg av videokonsultasjon.
Formål:	Formålet med studien var å få dypere innsikt i videokonsultasjoner fra domestiseringsteoriens synspunkt. Domestiseringsteori er en metode som brukes til å beskrive hvordan innovasjoner og ny teknologi blir akseptert, avvist og brukt av individer og grupper (Wikipedia, 2022).
Resultater:	<p>Undersøkelsen viser at videokonsultasjoner består av to parter som påvirker hverandre. Den ene er pasienten og den andre er legen. Forhold som også spiller inn er holdningen til videokonsultasjon, forholdet til fastlegen og nivået av teknisk kompetanse. Flere av de som ble intervjuet sa at de hadde valgt stedet de skulle ha videokonsultasjonen ut ifra hva legen skulle se, altså bakgrunnen i videosamtalen. Flere sier også at familiemedlemmer kan være et problem, da man ikke alltid ønsker at disse skal ha innsyn i hva man snakker med legen om. Fastlegen har også stort sett vært den som har tatt initiativet til bruk av video, det kan påvirke pasienten.</p> <p>Majoriteten av de intervjuede sier også at de hadde ønsket en fysisk konsultasjon dersom de skulle tatt opp noe mer alvorlig med legen. Studien viser til at videokonsultasjon er svært komplekst og at det består av en forhandling og tilpassing fra både lege og pasient. De mener derfor at domestiseringsteorien må utvides, da man ikke her bare kan se på en bruker, eller en husholdning slik teorien er tiltenkt. De foreslår å kalle denne «kollaborativ domestisering». Denne går ut på at det er to parter som påvirker og er gjensidige avhengige av hverandre.</p>

5.4 Video consultation during follow up care: effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer

Metode:	Kvantitativ metode. Spørreskjema.
Kilde:	(Barsom et al., 2021).
Publisert:	Mars, 2021.
Stuedsted:	Nederland.
Deltakere:	50 deltakere fordelt på to grupper, en gruppe hadde videokonsultasjon, den andre hadde ordinær fysisk konsultasjon. Pasientene hadde alle tykktarmskreft og gikk til poliklinisk oppfølging. Kirurgene svarte også på et spørreskjema om tilfredshet.
Formål:	Formålet med studien var å sammenligne tilfredsheten hos pasienter som hadde videokonsultasjon mot dem som hadde fysisk konsultasjon.
Resultater:	<p>Av 50 pasienter var det 21 som valgte videokonsultasjon som foretrukket måte å få oppfølging. Det viste seg at pasienter som benyttet seg av videosamtaler privat eller i arbeidslivet ofte foretrakk videokonsultasjon, fremfor pasientene som manglet slik erfaring. Det så ut til at heller ikke demografi spilte en stor rolle for valget.</p> <p>Gruppen som valgte videokonsultasjon, sa de ville savne interaksjonen med behandler i mindre grad enn de som foretrakk fysisk konsultasjon. De sa også at de hadde stor tillitt til at behandleren forsto deres medisinske problemer via video, noe den andre gruppen hadde mindre tillit til. 96% av pasientene som brukte video sa at de ønsket å bruke dette igjen og at de ville anbefale dette videre til familie og venner. De trekker frem følgende positive sider ved videokonsultasjon: spart tid, penger og at man unngår stressende situasjoner som trafikk og venting på venterom. Gruppen som ønsket fysisk konsultasjon, sier derimot at de ikke ønsker å bruke videokonsultasjon på grunn av fravær av fysisk kontakt og at de er ukjent med bruk av video i helsevesenet.</p>

5.5 Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners

Metode:	Kvantitativ metode. Spørreskjema.
Kilde:	(Johnsen et al., 2021).
Publisert:	2021. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
Stuedsted:	Norge.
Deltakere:	Fastleger som har brukt videokonsultasjon. 1237 fastleger svarte på undersøkelsen.
Formål:	Formålet med studien var å kartlegge den utstrakte bruken av videokonsultasjoner på grunn av covid-19 pandemien.
Resultater:	<p>De fleste legene (81%) hadde ingen erfaring med videokonsultasjoner før pandemien. Legene sa de kjente pasientene sine i 79% av konsultasjonene og kun 8% var ukjente pasienter. 51% av konsultasjonene beskrives som bedre eller like gode som en fysisk konsultasjon. I 25% av tilfellene sa legene at det var et tap eller veldig stort tap at de ikke kunne undersøke pasientene sine fysisk og at dette skapte bekymring for dem. De sa også at i 85% av konsultasjonene oppfattet de pasienten som tilfreds med konsultasjonen.</p> <p>Studien konkluderer med at videokonsultasjon har en plass også etter pandemien er over. Hvor positiv en konsultasjon opplevdes for legene kom an på om pasienten var kjent og om det medisinske problemet kunne bli tatt hånd om digitalt. Legene sa at i en «ikke pandemisk tid» kan de tenke seg at 20% av konsultasjonene kan være digitale.</p> <p>Johnsen et al. undersøkte også hvilke helseproblemer som egner seg og ikke egner seg for videokonsultasjoner, sett fra fastlegenes perspektiv. Blant annet var psykisk helse, administrative spørsmål, avhengigheter, kroniske plager, søvnproblemer og utmattelse godt egnet for videokonsultasjoner. Hudsykdommer, lungesykdommer, brystmerter og hjerteproblematikk var henvendelser legene opplevde som lite egnet for videokonsultasjoner.</p>

5.6 Innbyggerundersøkelsen om e-helse 2021 – bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester

Metode:	Kvantitativ. Webundersøkelse. Dataen er samlet fra 7. september til 3. oktober i 2021.
Kilde:	(Direktoratet for e-helse, 2022d). Utarbeidet av Direktoratet for e-helse med flere aktører fra helsesektoren.
Publisert:	17. februar 2022.
Stuedsted:	Norge.
Deltakere:	1504 deltakere i et landsrepresentativt utvalg. Alle deltakere over 15 år. Merk at alle spørsmål er ikke stilt til alle deltakerne, kun dersom dette har vært relevant.
Formål:	Direktoratet for e-helse har årlig siden 2019 gjort årlige kartlegginger av innbyggernes bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester siden 2019. Formålet er Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag om «å ha oversikt over og analysere nasjonale og internasjonale utviklingstrekk innen e-helseområdet» (s. 9). Funnene brukes blant annet til å prioritere hvilke beslutninger man bør ta innenfor e-helseområdet fremover.
Resultater:	Generelt: De nevner at av innbyggere som har brukt digitale helsetjenester oftere har holdninger som er positive når de sammenligner med innbyggere som ikke har brukt digitale helsetjenester (s. 4). Kvinner har mer erfaring med digitale helsetjenester enn menn, de finner ingen forskjeller mellom kvinner og menn når det kommer til holdninger til digitale helsetjenester (s. 8). «1 av 3 innbyggere ønsker seg flere digitale helsetjenester enn de har tilgang til i dag» (s. 4). En av respondentene nevnte: «Det bør være et krav om at alle fastleger skal tilby video-/telefonkonsultasjon» (s. 60). Relatert til videokonsultasjon med fastlege: Det er mest utbredt med fysisk møte med fastlegen, 7 av 10 i 2021 har vært i kontakt fysisk med fastlegen. 36% har hatt digital kontakt (s. 14). Bruken av videokonsultasjon

har vært uendret på 24% etter det ble en betydelig vekst på grunn av koronapandemien. I 2019 lå bruken på 4%, i 2020 var den økt til 22% (s. 6).

«Mener du at det siste fysiske oppmøtet du hadde hos fastlege/privat allmennlege kunne ha vært erstattet med for eksempel videosamtale, telefon eller skriftlig digital kontakt dersom det hadde vært tilgjengelig?»

1142 svarte på dette spørsmålet. 77% sier at fysisk oppmøte var nødvendig. 13% sier ja, fysisk oppmøte var ikke nødvendig, men de foretrakk det. 7 % sier at ja, den kunne vært erstattet med andre former for kommunikasjon. 3 % vet ikke (s. 30). 1 av 4 sier at det spiller ingen rolle hvordan konsultasjonen blir gjort dersom de får den hjelpen de trenger. 15% sier de foretrekker elektroniske verktøy slikt som video (s. 37)

Respondentene har også fått fritekstsvar og disse omhandler ofte årsaken til konsultasjonen, altså problemet pasienten har. Dette vil være bestemmende for hvilken konsultasjon de foretrekker (s. 37).

«Sist gang du hadde videokonsultasjon med fastlege/privat allmennlege, ble problemet ditt løst/avsluttet med denne konsultasjonen, eller måtte du likevel oppsøke lege fysisk etterpå?»

133 svarte på dette spørsmålet. 74% mente at saken ble løst med videokonsultasjon, 23% sa det var behov for fysisk oppmøte i ettertid. 2% husker ikke (s. 34).

«Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med bruk av video når det gjelder konsultasjon med fastlege/privat allmennlege?»

133 svarte på dette spørsmålet. 75% er svært fornøyd eller ganske fornøyd. 16% svarte at de verken var fornøyd eller misfornøyd. 8% var ganske eller svært misfornøyd og 1% vet ikke (s. 35).

De skriver at det bare er 133 respondenter og når disse spørsmålene knyttes opp mot andre svar står de igjen med få besvarelser. «I slike tilfeller tolkes resultatene med varsomhet og som en indikator» (s.35).

6. RESULTATER

I dette kapitlet vil resultatene fra spørreundersøkelsen bli presentert. Kapitlet er strukturert opp slik at gruppen først presenterer de kvantitative funnene og deretter de kvalitative funnene. I dette kapitlet vil kun frekvens og rådata komme frem, analyse av data vil deretter bli presentert i neste kapittel.

6.1 Presentasjon av resultater - frekvens

Figur 7 viser frekvens over alle innsamlede data i denne studien.

Figur 7:

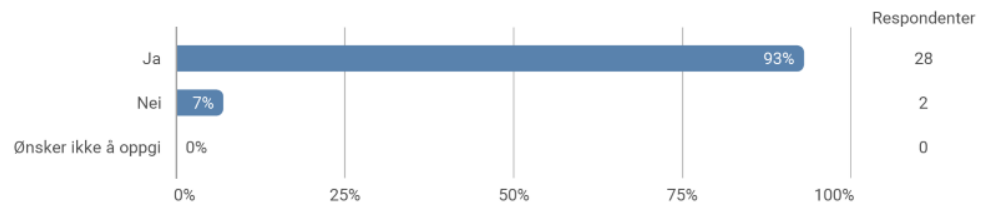
Tabell	Frekvens	n (%)
Har du benyttet deg av videokonsultasjon i møte med din fastlege?		
Ja		28 (93,0)
Nei		2 (7,0)
Ønsker ikke å oppgi		0 (0,0)
Alder		
18-25		2 (7,1)
26-33		16 (57,1)
34-41		4 (14,3)
50-57		2 (7,1)
58-65		1 (3,6)
66-73		3 (10,7)
Kjønn		
Mann		10 (35,7)
Kvinne		18 (64,3)
Annet		0 (0,0)
Var det ditt valg å benytte videokonsultasjon?		
Ja, jeg valgte å benytte meg av videokonsultasjon		15 (53,6)
Nei, legen ønsket videokonsultasjon		13 (46,4)
Benyttet du deg av videokonsultasjon på grunn av koronapandemien?		
Ja, jeg er bekymret for den pågående smittesituasjonen		9 (32,1)
Nei, det påvirker meg ikke		15 (53,6)
Vet ikke		4 (14,3)
Hvordan vurderer du din brukertekniske erfaring?		
Svært god		12 (42,9)
God		11 (39,3)
Verken eller		5 (17,9)
Dårlig		0 (0,0)
Svært dårlig		0 (0,0)
Hvilken enhet brukte du til å gjennomføre videokonsultasjon?		
Smarttelefon		21 (75,0)
Nettbrett		1 (3,6)
PC/MAC		6 (21,4)
Annet		0 (0,0)
Hvor mange ganger har du benyttet deg av videokonsultasjon?		
1 gang		9 (32,1)
2-3 ganger		15 (53,6)
4 eller flere ganger		4 (14,3)
Vet ikke		0 (0,0)
Brukte du videokonsultasjon for koronapandemien?		
Ja		3 (10,7)
Nei		24 (85,7)
Vet ikke		1 (3,6)
Er helseproblemet kjent for legen?		
Nei, det er et nytt helseproblem		20 (71,4)
Ja, det er oppfølgingsbehandling		8 (28,6)
Vet ikke		0 (0,0)

Hvorfor oppøpke du fastlege? (Du kan velge mer enn en gruppe)	
Gruppe 1. Psykisk sykdom, administrative spørsmål, kjent kreftsykdom, kroniske smerter, søvnproblemer, fatigue (utmattelse), nevrologi eller rus. Eønet for videokonsultasjon ut fra forskning Johnsen et. al 2020	8 (28,6)
Gruppe 2. Hud, pediatri (barnesykdommer), ortopedi (plager i muskel-skjelett systemet), øye, brystsmerter magesmerter, tung pust, mistanke om kreft, infeksjoner, hjerteproblematikk, øre-nese-hals, urinveier, hodepine, geriatri eller svimmelhet. Mindre eønet for videokonsultasjon ut fra forskning Johnsen et. al 2020	14 (50,0)
Gruppe 3. Covid-19 mistanke eller spørsmål, gynekologi, svangerskap eller endokrinologi (diabetes, stoffskifte). Fysisk konsultasjon og videokonsultasjon eønet ca. likt ut fra forskning Johnsen et. al 2020	7 (25,0)
Gruppe 4. Annnet	8 (28,6)
Gruppe 5. Ønsker ikke å oppgi	0 (0,0)
Har du hatt konsultasjoner med fastlegen din for?	
Nei, første møte var på video	4 (14,3)
To-tre ganger tidligere	6 (21,4)
Fire-fem ganger tidligere	3 (10,7)
Mer enn fem ganger tidligere	15 (53,6)
Vet ikke	0 (0,0)
Ble dine forventninger til konsultasjonen oppfylt?	
Ja, i svært stor grad	9 (32,1)
Ja, i stor grad	13 (46,4)
Verken eller	3 (10,7)
Nei, i liten grad	3 (10,7)
Nei, ikke i det hele tatt	0 (0,0)
Hvordan var opplevelsen?	
Bra	20 (71,4)
Middels	6 (21,4)
Dårlig	2 (7,1)
Ønsker ikke å oppgi	0 (0,0)
Hvordan var brukervennligheten?	
Svært god	9 (32,1)
God	15 (53,6)
Middels	4 (14,3)
Dårlig	0 (0,0)
Svært dårlig	0 (0,0)
Opplevde du å bli sett, hørt og forstått av legen?	
Ja, i svært stor grad	12 (42,9)
Ja, i stor grad	11 (39,3)
Verken eller	3 (10,7)
Nei, i liten grad	2 (7,1)
Nei, ikke i det hele tatt	0 (0,0)
Opplevde du å få den hjelpen du trengte?	
I svært stor grad	14 (50,0)
I stor grad	8 (28,6)
Verken eller	5 (17,9)
I liten grad	1 (3,6)
I svært liten grad	0 (0,0)
Ved å benytte deg av videokonsultasjon, sparte det deg for tid og/eller kostnader?	
Ja	26 (92,9)
Nei	2 (7,1)
Vet ikke	0 (0,0)
Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?	
Ja	21 (75,0)
Nei	4 (14,3)
Vet ikke	3 (10,7)
Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?	
Ja	22 (78,6)
Nei	3 (10,7)
Vet ikke	3 (10,7)

6.2 Presentasjon av resultater - graf

Spørsmål 1:

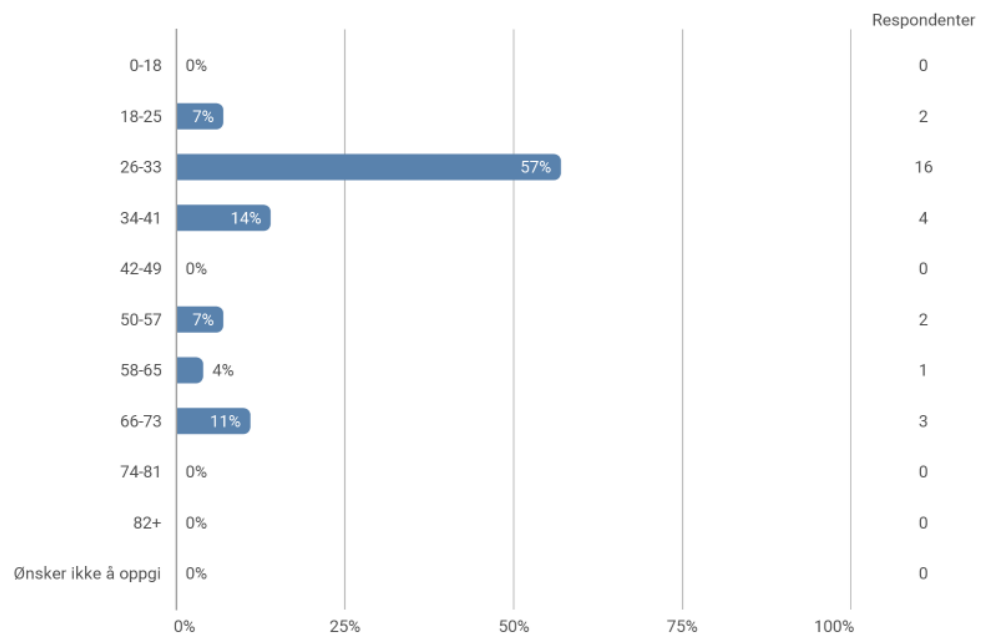
Har du benyttet deg av videokonsultasjon i møte med din fastlege?



Det første spørsmålet respondentene fikk var et eksklusjonsspørsmål. Har du benyttet deg av videokonsultasjon i møte med din fastlege? Her svarte 28 (93%) respondenter «ja», mens 2 (7%) respondenter svarte «nei». De som besvarte spørsmålet med «nei» ble ekskludert fra resten av spørreundersøkelsen. Resten av undersøkelsen ble gjennomført av 28 respondenter.

Spørsmål 2:

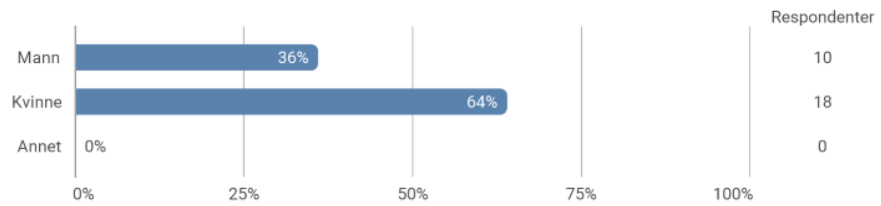
Alder



Alderen til respondentene var ikke normalfordelt. Tabell viser at alder var skjevfordelt. De fleste av respondentene 16 (57%) var i aldersgruppen 26-33 år.

Spørsmål 3:

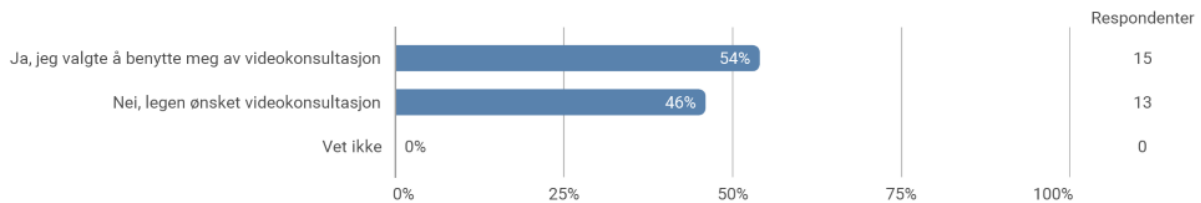
Kjønn



Det var en noe høyere andel kvinner enn menn som svarte på spørreundersøkelsen, forholdsvis 18 kvinner (64%) og 10 menn (36%).

Spørsmål 4:

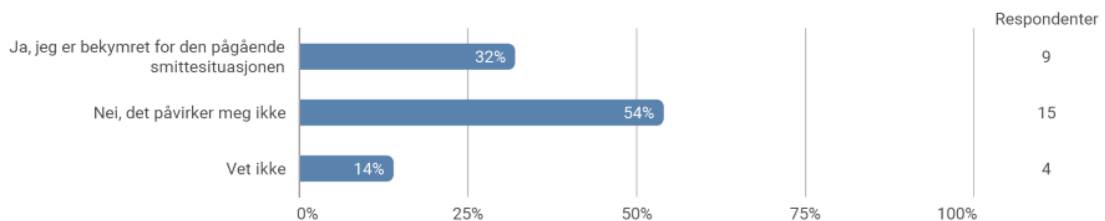
Var det ditt valg å benytte videokonsultasjon?



15 (54%) av respondentene oppgir at det var deres valg å benytte videokonsultasjon, mens 13 (46%) respondenter sier det var legen sitt ønske at det skulle brukes videokonsultasjon.

Spørsmål 5:

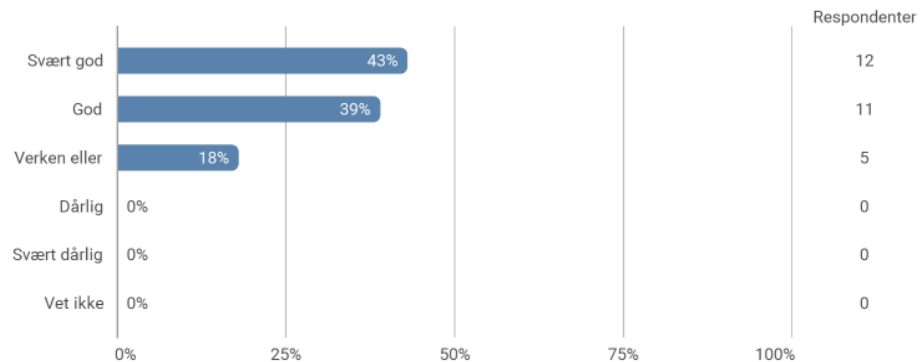
Benyttet du deg av videokonsultasjon på grunn av koronapandemien?



Forholdsvis 9 (32%) av de 28 respondentene oppgir at de brukte videokonsultasjon fordi de var bekymret for den pågående smittesituasjonen av koronapandemien. 15 (54%) sa at dette ikke påvirket dem, mens 4 (14%) av respondentene sa at de ikke visste.

Spørsmål 6:

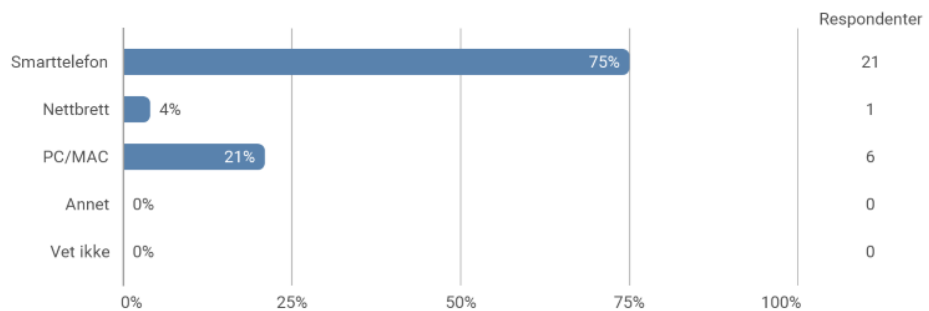
Hvordan vurderer du din brukertekniske erfaring?



Det var 12 (43%) av respondentene som vurderte sin brukertekniske erfaring som svært god, mens 11 (39%) sa den var god. 5 (18%) respondenter oppga at den var verken eller. Ingen av respondentene mente at den brukertekniske erfaringen var dårlig eller svært dårlig.

Spørsmål 7:

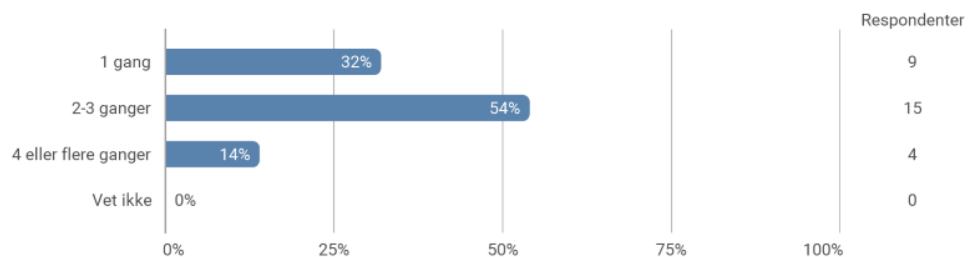
Hvilken enhet brukte du til å gjennomføre videokonsultasjon?



21 (75%) respondenter sa at de gjennomførte videokonsultasjonen fra en smarttelefon. 1 (4%) brukte nettbrett og 6 (21%) brukte PC/MAC.

Spørsmål 8:

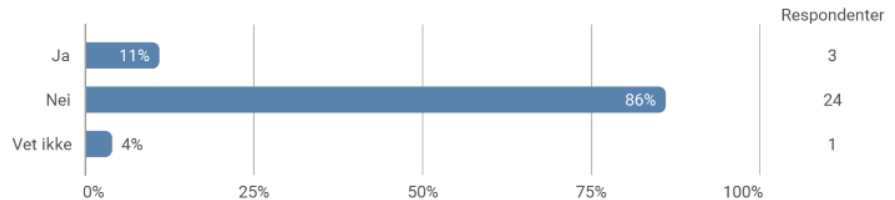
Hvor mange ganger har du benyttet deg av videokonsultasjon?



9 (32%) av respondentene sa de hadde benyttet seg av videokonsultasjon 1 gang. 15 (54%) sa de hadde brukt det 2-3 ganger, mens 4 (14%) hadde brukt det 4 eller flere ganger.

Spørsmål 9:

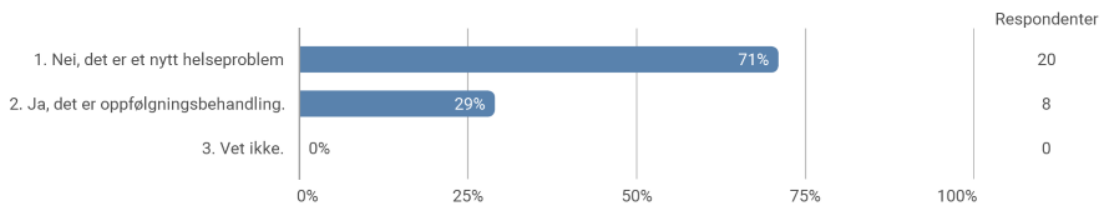
Brukte du videokonsultasjon før koronapandemien?



3 (11%) av respondentene oppga at de hadde brukt videokonsultasjon før koronapandemien. 24 (86 %) respondenter hadde ikke brukt det før pandemien, mens 1 (4%) ikke visste.

Spørsmål 10:

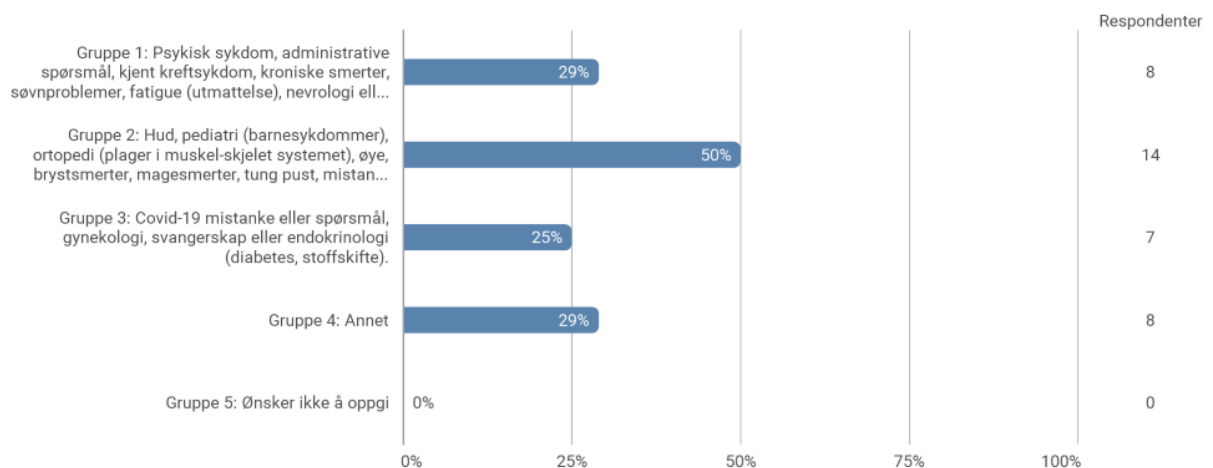
Er helseproblemet kjent for legen?



20 (71%) av respondentene sa at helseproblemet var nytt og ikke kjent for legen fra før. 8 (29%) sa de hadde videokonsultasjon angående et helseproblem som var under oppfølging.

Spørsmål 11:

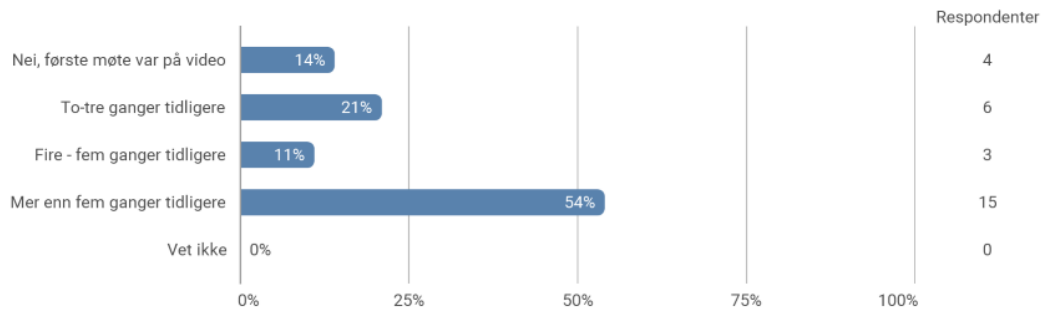
Hvorfor oppsøkte du fastlege?



Videre blir respondentene delt inn i grupper ut fra hvorfor de oppsøkte fastlegen. 8 (29%) tilhørte gruppe 1. 14 (50%) tilhørte gruppe 2. 7 (25%) tilhørte gruppe 3, og 8 (29%) tilhørte gruppe 4. Respondentene kunne velge mer enn et alternativ, så noen har valgt flere enn en gruppe. Se figur 7 (frekvenstabell) for utfyllende informasjon om grupper.

Spørsmål 12:

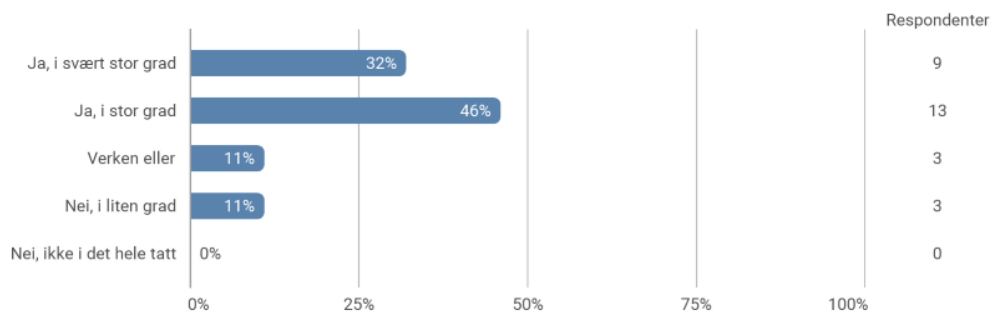
Har du hatt konsultasjoner med fastlegen din før?



Fastlegen var for de fleste kjent fra tidligere. 15 (54%) sa de hadde hatt konsultasjoner med fastlegen sin mer enn fem ganger. 3 (11%) sa de hadde hatt konsultasjoner fire-fem ganger tidligere, mens 6 (21%) hadde hatt to-tre ganger tidligere. 4 (14%) sa at videokonsultasjonen var det første møte med sin fastlege.

Spørsmål 13:

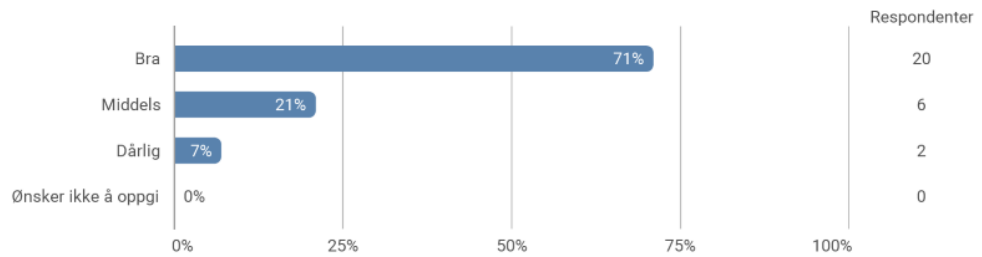
Ble dine forventninger til konsultasjonen oppfylt?



Forventningene til konsultasjonen ble i svært stor grad oppfylt hos 9 (32%) av respondentene. 13 (46%) sa at forventningene ble oppfylt i stor grad. 3 (11%) svarte verken eller, mens 3 (11%) erfarte at forventningene ble oppfylt i liten grad. Ingen av respondentene erfarte at forventningene ikke ble oppfylt i det hele tatt.

Spørsmål 14:

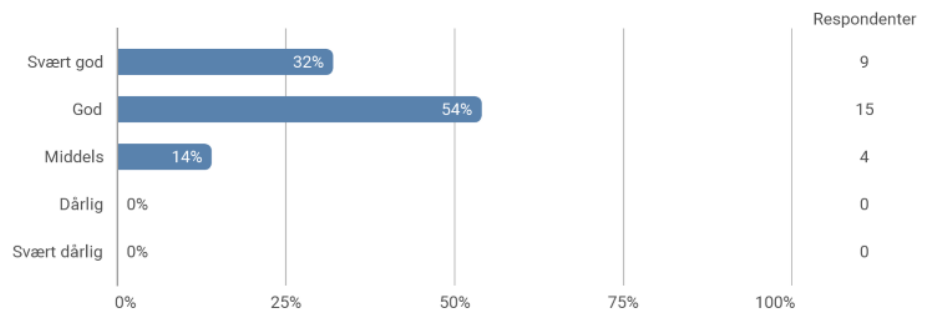
Hvordan var opplevelsen?



Respondentene fikk spørsmål om hvordan opplevelsen var, her svarte 20 (71%) at opplevelsen var bra. 6 (21%) sa opplevelsen var middels og 2 (7%) sa opplevelsen var dårlig.

Spørsmål 15:

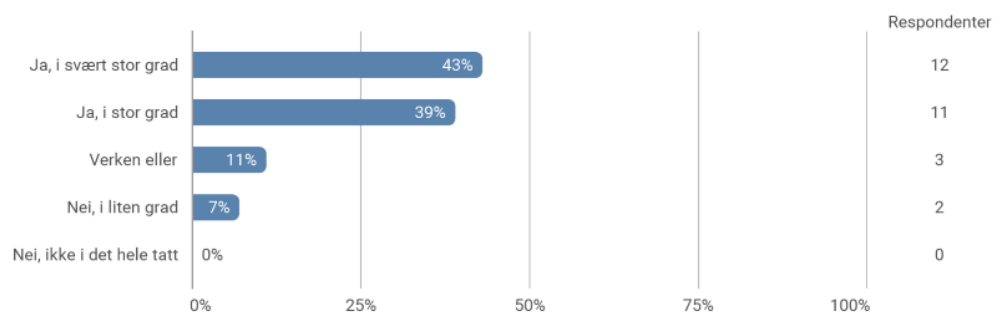
Hvordan var brukervennligheten?



Brukervennligheten av videokonsultasjon ble av 9 (32%) respondenter beskrevet som svært god, mens 15 (54%) sa den var god. 4 (14%) av respondentene sa den var middels. Ingen sa at brukervennligheten var dårlig eller svært dårlig.

Spørsmål 16:

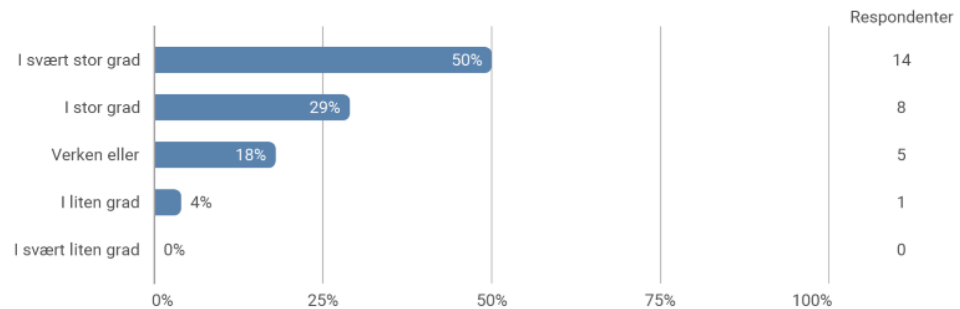
Opplevde du å bli sett, hørt og forstått av legen?



12 (43%) sa de opplevde å bli sett, hørt og forstått av fastlegen i svært stor grad, og 11 (39%) sa de opplevde det i stor grad. 3 (11%) sa de opplevde det som verken eller, mens 2 (7%) sa de opplevde dette i liten grad.

Spørsmål 17:

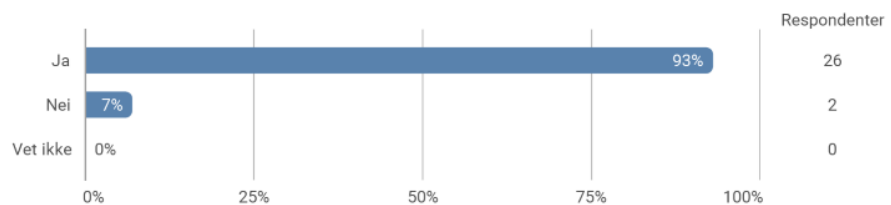
Opplevde du å få den hjelpen du trengte?



Respondentene ble spurt om de fikk den hjelpen de trengte av fastlegen. Her sa 14 (50%) at de opplevde å få hjelp i svært stor grad, og 8 (29%) sa de opplevde det i stor grad. 5 (18%) sa at de verken eller opplevde dette, mens 1 (4%) opplevde det i liten grad.

Spørsmål 19:

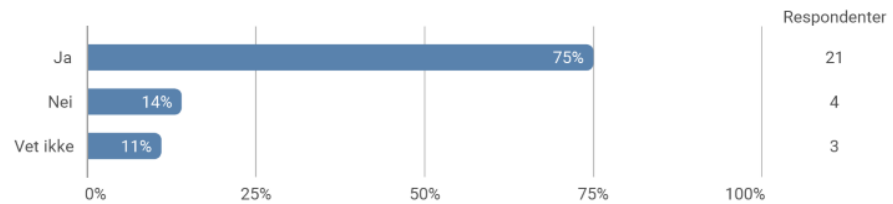
Ved å benytte deg av videokonsultasjon, sparte det deg for tid og/eller kostnader?



26 (93%) av respondentene sa at de sparte tid og/eller kostnader ved å benytte seg av videokonsultasjon. 2 (7%) sa de ikke sparte tid og/eller kostnader ved å benytte dette.

Spørsmål 20:

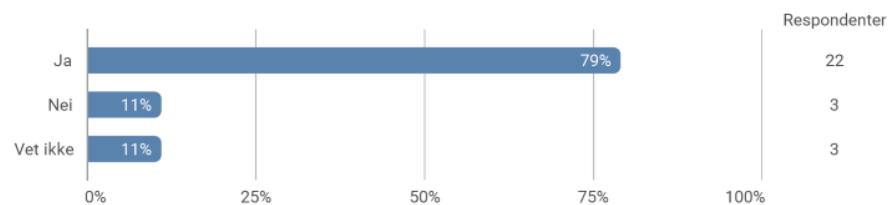
Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?



Dersom koronapandemien skulle være over i morgen sa 21 (75%) av respondentene at de fortsatt ville benyttet seg av videokonsultasjon. 4 (14%) sa de ikke ville benyttet videokonsultasjon, mens 3 (11%) visste ikke.

Spørsmål 22:

Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?



Det siste spørsmålet er om respondentene ville anbefalt andre å bruke videokonsultasjon. Her svarer 22 (79%) at de hadde anbefalt andre å bruke det, mens 3 (11%) ikke ville anbefalt det til andre. 3 (11%) visste ikke om de ville anbefalt andre å bruke videokonsultasjon.

6.3 Presentasjon av funn i kvalitative data

Respondentene fikk mulighet til å besvare tre spørsmål med åpne tekstsvare, dette var frivillig og ikke alle respondentene valgte å svare. Svarene presenteres i dette underkapittelet.

Spørsmål 18:

Det første spørsmålet respondentene kunne besvare med tekst var «Opplevde du noen problemer under konsultasjonen?». Her har 15 (53%) av 28 respondenter svart på spørsmålet. 7 respondenter sa at de ikke opplevde problemer under konsultasjonen. 7 oppga at de opplevde problemer med lyd. En av respondentene sa også at de opplevde det som en

ubehagelig setting å ha problemer med lyden. To av disse nevnte også at lydproblemene kom på grunn av dårlig internettforbindelse. En av respondentene nevnte at dårlig internettforbindelse var et problem.

«Jeg eller legen hadde tidvis dårlig internett under konsultasjonen, noe som førte til en del stillbilde, tidvis dårlig lyd, samt at konsultasjonen ved en anledning ble brutt».

Spørsmål 21:

Respondentene fikk så spørsmålet «Hvorfor ønsker/ønsker ikke du å bruke videokonsultasjon igjen?». 16 (57%) av 28 respondenter svarte på spørsmålet. Her er respondentene som ønsket å bruke videokonsultasjon og de som ikke ønsket det, blitt delt opp ut ifra tidligere spørsmål om «Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon».

Av de som ønsket å benytte videokonsultasjon igjen, svarte de at det forenklet fastlegebesøket. 10 av respondentene som svarte sa noe om at det var tidsbesparende, at de slapp kø eller kjøring. En av respondentene sa *«Det er enklere å ta valget om å spørre legen om hjelp med min mentale helse når jeg ikke må ta fri for å gå til legen. Er også mye mer komfortabelt å snakke om noe vanskelig over video når jeg sitter i eget hjem»*. En annen av respondentene sa at det fungerte godt til å få svar på enkle spørsmål, men dersom det er var noe alvorlig eller stort ønsket h*n fysisk konsultasjon. Det ble også beskrevet at en av respondentene kjente legen godt, og at det var enkelt å ha videokonsultasjon dersom formen tilsa at det ikke var mulig å gå til fysisk konsultasjon.

De som ikke ønsket å bruke video igjen oppga følgende grunner: To av respondentene sa at de opplevde det som upersonlig. En av disse sa: *«Ble for upersonlig, følte ikke jeg fikk den samme kontakten som jeg pleier med fastlegen. Og jeg holdt meg mer tilbake enn jeg hadde gjort ved fysisk konsultasjon»*. Den andre respondenten beskrev det slik *«Gir et veldig skille mellom fastlege og pasient, lite fortrolig setting, samt en følelse av å være til bry»*. To respondenter sa også at de syntes det var fint å ha fysisk konsultasjon, slik at legen kunne utføre fysiske undersøkelser.

Spørsmål 23:

Det siste spørsmålet respondentene kunne besvare med tekst var «Hvorfor vil du anbefale/ikke anbefale andre å benytte videokonsultasjon?». Det var 16 (57%) av 28 respondenter som valgte å besvare spørsmålet med tekst. Her er respondentenes svar delt opp i tre kategorier ut ifra tidligere spørsmål om «Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?».

12 respondenter sa at det var tidsbesparende, enkelt eller miljøvennlig, de ville derfor anbefale andre å bruke det. En av respondentene svarte at: *«Mange sliter med å spørre om hjelp til mental helse. Å ha videokonsultasjon med legen er mindre tiltak enn å booke en time og så møte opp. Det kan være lettere å ta valget om å søke hjelp hvis det ikke trengs å stokkes om på en hel dag for å snakke med legen»*. En annen respondent svarte: *«Om det er oppfølging av kjente problemer er det fint å ta det fra jobb/hjemme. Er det noe nytt får jeg beskjed om å møte opp»*. En respondent trakk fram at det var enkelt å bruke video, men at det var viktig at man hadde en god dialog med legen for at det skulle fungere.

I gruppen som ikke ville anbefalt andre å bruke video var det tre respondenter, hvor kun en har oppgitt tekstsvaret, h*n sa at det ikke var like effektivt som samtaler ansikt til ansikt. En av respondentene som ikke visste om h*n vil anbefale andre å bruke videokonsultasjon sa at *«Tenker det kommer an på hvorfor en oppsøker legen»*.

7. ANALYSE

7.1 Individuelle forskjeller

Alder, kjønn og erfaring er som nevnt individuelle forskjeller som kan modere nøkkelfaktorene, intensjonen om endret adferd og bruk av teknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 157).

Tabell 1:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Kjønn				
Mann	10 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Kvinne	11 (61,1%)	4 (22,2)	3 (16,7)	0,075

Når spørsmålet om kjønn analyseres opp mot spørsmålet som går direkte på brukeradferd, kan man se at alle mennene som har svart ville benyttet seg av videokonsultasjoner dersom koronapandemien var over. Kvinnene var derimot ikke like positive til endret adferd og videre bruk. 11 (61,1%) av kvinnene ville fortsatt bruken, 4 (22,2%) ville ikke, mens 3 (16,7%) ikke visste. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,075.

Tabell 2:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Hvor mange ganger har du benyttet deg av videokonsultasjon?				
1 gang	6 (28,6)	1 (25,0)	2 (66,7)	
2-3 ganger	11 (52,4)	3 (75,0)	1 (33,3)	
4 eller flere	4 (19,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,530

Når man knytter spørsmålet som går på erfaring opp mot spørsmålet som går direkte på brukeradferd, kan man se at de som har brukt videokonsultasjoner 4 eller flere ganger ønsker å fortsette bruken. Dette gjelder kun 4 (19,0%) respondenter. Gruppen finner ingen andre forskjeller. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,530.

Tabell 3:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Brukte du videokonsultasjon før koronapandemien?				
Ja	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Nei	18 (85,7)	4 (100,0)	2 (66,7)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0,049

Når man ser på erfaring med videokonsultasjoner før koronapandemien ser man at alle som har brukt det før ønsker å fortsette bruken. Det var kun 3 (14,3%) respondenter som hadde erfaring fra før pandemien. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,049.

7.2 Performance expectancy

Tabell 4:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Ble dine forventninger til konsultasjonen oppfylt?				
Ja, i svært stor grad	9 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ja, i stor grad	10 (47,6)	1 (25,0)	2 (66,7)	
Verken eller	1 (4,8)	2 (50,0)	0 (0,0)	
Nei, i liten grad	1 (4,8)	1 (25,0)	1 (33,3)	
Nei, ikke i det hele tatt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,038

Når man analyserer spørsmålet om forventet ytelse opp mot direkte brukeradferd, ser man at respondentene som har svart at de i svært stor grad 9 (42,9%) og i stor grad 10 (47,6%) fikk sine forventninger til konsultasjonen oppfylt, også ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjon. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,038.

Tabell 5:

	Hvordan var brukervennligheten?				
	Svært god	God	Middels	Dårlig	Svært dårlig p-verdi
Ble dine forventninger til konsultasjonen oppfylt?					
Ja, i svært stor grad	5 (55,6)	4 (26,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ja, i stor grad	4 (44,4)	6 (40,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Verken eller	0 (0,0)	2 (13,3)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nei, i liten grad	0 (0,0)	3 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nei, ikke i det hele tatt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0) 0,222

Når man analyserer spørsmålet om forventet ytelse opp mot forventet innsats, ser man at respondentene som har svart at de i svært stor grad 5 (55,6%) og i stor grad 4 (44,4%) fikk sine forventninger til konsultasjonen oppfylt, også opplevde brukervennligheten som svært god. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,222.

Tabell 6:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Opplevde du å bli sett, hørt og forstått av legen?				
Ja, i svært stor grad	12 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ja, i stor grad	7 (33,3)	2 (50,0)	2 (66,7)	
Verken eller	1 (4,8)	2 (50,0)	0 (0,0)	
Nei, i liten grad	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (33,3)	
Nei, ikke i det hele tatt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,020

Respondentene fikk spørsmål knyttet til forventet ytelse som ble analysert opp mot spørsmålet som gikk direkte på brukeradferd. Her kunne man se at de 12 (57,1%) som i svært stor grad og de 7 (33,3%) som i stor grad opplevde å bli sett, hørt og forstått av legen også ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjon. Også 2 (50,0%) av de som ikke ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjoner opplevde å bli sett, hørt og forstått i stor grad. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,020.

Tabell 7:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Opplevde du å få den hjelpen du trengte?				
I svært stor grad	14 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
I stor grad	5 (23,8)	1 (25,0)	2 (66,7)	
Verken eller	1 (4,8)	3 (75,0)	1 (33,3)	
I liten grad	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
I svært liten grad	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,012

Ved å sette spørsmål angående forventet ytelse opp mot spørsmål om direkte brukeradferd ser man at respondentene som opplevde å få den hjelpen de trengte i svært stor grad 14 (66,7%) og i stor grad 5 (23,8%) ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjon. I gruppen som ikke ønsket å fortsette med videokonsultasjon sa 3 (75,0%) respondenter at de verken eller opplevde å få den hjelpen de trengte. Funnet er statistisk signifikant med en p-verdi på 0,012.

7.3 Effort expectancy

Tabell 8:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Hvordan var brukervennligheten				
Svært god	9 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
God	10 (47,6)	2 (50,0)	3 (100,0)	
Middels	2 (9,5)	2 (50,0)	0 (0,0)	
Dårlig	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Svært dårlig	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,069

Når spørsmål om forventet innsats knyttes opp mot spørsmål om direkte brukeradferd ser man at alle som opplevde brukervennligheten som svært god 9 (42,9%) ønsket å fortsette bruken med videokonsultasjon. 10 (47,6%) av respondentene som ønsket å fortsette bruken sa at brukervennligheten var god. I gruppen som ikke ønsket å fortsette bruken sa 2 (50,0%)

respondenter at de opplevde brukervennligheten som god, mens 2 (50,0%) respondenter opplevde den som middels. Funnet er ikke statistisk signifikant med en p-verdi på 0,069.

Tabell 9:

	Kjønn		p-verdi
	Mann	Kvinne	
Hvordan var brukervennligheten?			
Svært god	4 (44,4)	5 (55,6)	
God	5 (33,3)	10 (66,7)	
Middels	1 (25,0)	3 (75,0)	
Dårlig	0 (0,0)	0 (0,0)	
Svært dårlig	0 (0,0)	0 (0,0)	0,765

Når vi knyttet spørsmålet om forventet innsats opp mot spørsmål om kjønn finner man ingen forskjeller mellom kjønn og brukervennlighet. Funnet er ikke statistisk signifikant med en p-verdi på 0,765.

7.4 Social influence

Tabell 10:

	Hvordan var brukervennligheten?					p-verdi
	Svært god	God	Middels	Dårlig	Svært dårlig	
Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?						
Ja	9 (100,0)	10 (66,7)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Nei	0 (0,0)	3 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Vet ikke	0 (0,0)	2 (13,3)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,265

Analyserer man sosial påvirkning opp mot forventet innsats, ser man at alle de 9 (100,0%) som opplevde brukervennligheten som svært god, også ville anbefalt videokonsultasjon til andre. I analysen ser man at 3 (20,0%) har sagt at brukervennligheten var god, men allikevel ikke ville anbefalt andre å bruke videokonsultasjon. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,265.

Tabell 11:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			p-verdi
	Ja	Nei	Vet ikke	
Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?				
Ja	20 (95,2)	1 (25,0)	1 (33,3)	
Nei	1 (4,8)	2 (50,0)	0 (0,0)	
Vet ikke	0 (0,0)	1 (25,0)	2 (66,7)	0,001

Når man analyserer spørsmålet knyttet til sosial påvirkning opp mot direkte brukeradferd ser man at 20 (95,2%) respondenter sa at de ville anbefale andre å bruke videokonsultasjon, samt selv fortsette bruken. Funnet er statistisk signifikant med en p-verdi på 0,001.

7.5 Facilitating conditions

Tabell 12:

	Hvordan var brukervennligheten?					p-verdi
	Svært god	God	Middels	Dårlig	Svært dårlig	
Hvilken enhet brukte du til å gjennomføre videokonsultasjon?						
Smarttelefon	5 (55,6)	13 (86,7)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,418
Nettbrett	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
PC/MAC	3 (33,3)	2 (13,3)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Annet	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Gruppen ønsket å se om det var forskjeller mellom tilrettelegging av forhold av ulikt teknisk utstyr og forventet innsats som går på brukervennlighet. Vi finner ingen forskjeller mellom hvilken enhet fastlegepasientene brukte for å gjennomføre videokonsultasjonen og brukervennligheten. Funnet er ikke statistisk signifikant med en p-verdi på 0,418.

Tabell 13:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			p-verdi
	Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken enhet brukte du til å gjennomføre videokonsultasjon?				
Smarttelefon	15 (71,4)	3 (75,0)	3 (100,0)	0,854
Nettbrett	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
PC/MAC	5 (23,8)	1 (25,0)	0 (0,0)	
Annet	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Når man analyserer tilrettelegging av forhold opp mot direkte brukeratferd ser man at alle 3 (100,0%) som er usikre på videre bruk benyttet seg av smarttelefon for å gjennomføre videokonsultasjonen. Utover dette funnet kan ikke gruppen finne noen andre forskjeller. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,845.

Tabell 14:

	Opplevde du å få den hjelpen du trengte?				p-verdi
	I svært stor grad	I stor grad	Verken eller I liten grad	I svært liten grad	
Har du hatt konsultasjoner med fastlegen din før?					
Nei, første møte var på video	2 (14,3)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,400
To-tre ganger tidligere	2 (14,3)	1 (12,5)	2 (40,0)	1 (100,0)	
Fire- fem ganger tidligere	1 (7,1)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mer enn fem ganger tidligere	9 (64,3)	3 (7,5)	3 (60,0)	0 (0,0)	

Når man ser på tilrettelegging av forhold, hvor mange ganger fastlegepasientene hadde hatt konsultasjoner med fastlegen før og forventet ytelse i form av om pasientene opplevde å få hjelpen de trengte, kunne man se at 9 (64,3%) respondenter opplevde i svært stor grad å få hjelp dersom de hadde hatt konsultasjon mer enn fem ganger tidligere. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,400.

Tabell 15:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Har du hatt konsultasjoner med fastlegen din før?				
Nei, første møte var på video	3 (14,3)	1 (25,0)	0 (0,0)	
To-tre ganger tidligere	5 (23,8)	0 (0,0)	1 (33,3)	
Fire-fem ganger tidligere	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mer enn fem ganger tidligere	10 (47,6)	3 (75,0)	2 (66,7)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,752

Når man ser på tilrettelegging av forhold som at fastlegepasientene har hatt konsultasjoner med fastlegen tidligere, kunne man ikke finne noen observerbare forskjeller når det kom til direkte brukeradferd om å fortsette bruken av videokonsultasjon. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,752.

Tabell 16:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Er helseproblemet kjent for legen?				
Nei, det er et nytt helseproblem	15 (71,4)	3 (75,0)	2 (66,7)	
Ja, det er oppfølgingsbehandling	6 (28,6)	1 (25,0)	1 (33,3)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,971

Når spørsmålet som går på tilrettelegging av forhold med tanke på om helseproblemet var kjent for legen, analyseres opp mot om dette kunne påvirke direkte brukeradferd og videre bruk, kunne vi ikke finne noen observerbare forskjeller. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,971.

Tabell 17:

Hvorfor oppsøkte du fastlege? (Du kan velge mer enn en gruppe)	Ble dine forventninger til konsultasjonen oppfylt?					p-verdi
	Ja, i svært stor grad	Ja, i stor grad	Verken eller	Nei, liten grad	Nei, i svært liten grad	
Gruppe 1. Psykisk sykdom, administrative spørsmål, kjent kreftsykdom, kroniske smerter, søvnproblemer, fatigue (utmattelse), nevrologi eller rus. (Egnet for videokonsultasjon ut fra forskning Johnsen et. al 2020)						
Ikke valgt	7 (77,8)	8 (61,5)	3 (100,0)	2 (66,7)	0 (0,0)	
Valgt	2 (22,2)	5 (38,5)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0,565
Gruppe 2. Hud, pediatri (barnesykdommer), ortopedi (plager i muskel-skjelett systemet), øye, brystsmarter magesmerter, tung pust, mistanke om kreft, infeksjoner, hjerteproblematikk, øre-nese-hals, urinveier, hodepine, geriatri eller svimmelhet. (Mindre egnet for videokonsultasjon ut fra forskning Johnsen et. al 2020)						
Ikke valgt	6 (66,7)	4 (30,8)	2 (66,7)	2 (66,7)	0 (0,0)	
Valgt	3 (33,3)	9 (69,2)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	0,309
Gruppe 3. Covid-19 mistanke eller spørsmål, gynekologi, svangerskap eller endokrinologi (diabetes, stoffskifte). (Fysisk konsultasjon og videokonsultasjon egnet ca. likt ut fra forskning Johnsen et. al 2020)						
Ikke valgt	5 (55,6)	11 (84,6)	2 (66,7)	3 (100,0)	0 (0,0)	
Valgt	4 (44,4)	2 (15,4)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,312
Gruppe 4. Annet						
Ikke valgt	5 (55,6)	12 (92,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	
Valgt	4 (44,4)	1 (7,7)	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0,0)	0,109
Gruppe 5. Ønsker ikke å oppgi						
Ikke valgt	9 (100,0)	13 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
Valgt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Som nevnt har forskningen til Johnsen et al. (2021) kommet frem til at det er noen diagnoser som er mer eller mindre egnet for bruk av videokonsultasjon, sett fra et fastlegeperspektiv. Diagnoser som er bedre egnet, mindre egnet og likeverdig egnet for videokonsultasjon er derfor delt opp i grupper. Respondentene visste ikke hvilke grupper som var hvilke. Gruppene kan ses på som tilrettelegging av forhold og spørsmålet er analysert opp mot forventet ytelse i form av oppfylte forventninger til konsultasjonen. Til sammen ble det avgitt 37 svar, noe som betyr at det ble gitt 9 ekstra svar. Dette er respondenter som har passet inn i mer enn én gruppe.

Gruppe 1: Denne gruppen er egnet for videokonsultasjon ut ifra forskningen til Johnsen et al. (2021). 8 (29%) av de 28 respondentene har valgt gruppe 1. 2 av disse svarte at deres forventninger til konsultasjonen ble oppfylt i svært stor grad. 5 svarte at forventningene i stor grad ble oppfylt, mens 1 av respondentene svarte at konsultasjonen i liten grad ble oppfylt. 7 av 8 respondenter var tilfreds. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,565.

Gruppe 2: Denne gruppen er mindre egnet for videokonsultasjon ut ifra forskningen til Johnsen et al. (2021). 14 (50%) av 28 respondenter tilhørte denne gruppen. 3 av disse svarte at de i svært stor grad fikk sine forventninger til konsultasjonen oppfylt. 9 opplevde dette i stor grad. Kun 2 av respondentene oppga at de i liten grad eller verken eller fikk sine forventninger til konsultasjonen oppfylt. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,309.

Gruppe 3: Denne gruppen er likeverdig egnet for videokonsultasjon ut ifra forskningen til Johnsen et al. (2021). 7 (25%) av 28 respondenter tilhørte denne gruppen. 4 av disse svarte at de i svært stor grad fikk sine forventninger til konsultasjonen oppfylt. 2 opplevde dette i stor grad. Kun 1 respondent oppga at forventningene til konsultasjonen verken eller ble oppfylt. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,312.

Gruppe 4: Denne gruppen er for andre diagnoser eller annet. 8 (29%) av 28 respondenter tilhørte denne gruppen. Spørsmålet ble stilt for at respondentene ikke måtte oppgi tvangssvar, analyse av disse dataene er derfor ikke relevant.

7.6 Hedonic motivation

Tabell 18:

Hvordan var opplevelsen?	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			
	Ja	Nei	Vet ikke	p-verdi
Bra	18 (85,7)	0 (0,0)	2 (66,7)	
Middels	2 (9,5)	4 (100,0)	0 (0,0)	
Dårlig	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (33,3)	0,001

Når man knytter indre motivasjon opp mot direkte brukeratferd ser man at 4 (100,0%) hadde en middels opplevelse og disse ønsket ikke å fortsette med bruken av videokonsultasjon. Derimot 18 (85,7%) respondenter hadde en bra opplevelse og ønsket å fortsette bruken. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,001.

Tabell 19:

Hvordan var opplevelsen?	Hvordan vurderer du din brukertekniske erfaring?				
	Svært god	God	Verken eller Dårlig	Svært dårlig	p-verdi
Bra	11 (91,7)	8 (72,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Middels	0 (0,0)	3 (27,3)	3 (60,0)	0 (0,0)	
Dårlig	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Ønsker ikke oppgi	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,030

Knytter man indre motivasjon opp mot erfaring ser man at 11 (91,7%) respondenter vurderte sin brukertekniske erfaring til å være svært god, disse hadde også en bra opplevelse med videokonsultasjon. I gruppen som vurderte sin brukertekniske erfaring som god 8 (72,7%), oppga de også opplevelsen som bra. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,030.

Tabell 20:

	Kjønn		p-verdi
	Mann	Kvinne	
Hvordan var opplevelsen?			
Bra	7 (35,0)	13 (65,0)	
Middels	2 (33,3)	4 (66,7)	
Dårlig	1 (50,0)	1 (50,0)	0,906

Dersom man knytter indre motivasjon opp mot kjønn finner man ingen signifikante forskjeller på hvordan de opplevde videokonsultasjoner. Funnene i denne analysen er ikke signifikant med en p-verdi på 0,906.

7.7 Price value

Tabell 21:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			p-verdi
	Ja	Nei	Vet ikke	
Ved å benytte deg av videokonsultasjon, sparte det deg for tid og/eller kostnader?				
Ja	21 (100,0)	2 (50,0)	3 (100,0)	
Nei	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,002

Ved å knytte pris og verdi opp mot direkte brukeratferd, ser man at 21 (100,0%) av de som ønsker å fortsette bruken sparte tid og/eller kostnader. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,002.

7.8 Habit

Tabell 22:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			p-verdi
	Ja	Nei	Vet ikke	
Var det ditt valg å benytte videokonsultasjon?				
Ja, jeg valgte å benytte meg av videokonsultasjon	14 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	
Nei, legen ønsket videokonsultasjon	7 (33,3)	4 (100,0)	2 (66,7)	
Vet ikke	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,038

Dersom man knytter vane opp mot direkte brukeratferd ser man at 14 (66,7%) som selv valgte å benytte videokonsultasjon ønsker å fortsette bruken. Der legen ønsket videokonsultasjon er det 4 (100,0%) som ikke ønsker å bruke videokonsultasjon igjen. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,038.

7.9 Koronafrykt

Tabell 23:

	Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?			p-verdi
	Ja	Nei	Vet ikke	
Benyttet du deg av videokonsultasjon på grunn av koronapandemien?				
Ja, jeg er bekymret for den pågående smittesituasjonen	6 (28,6)	2 (50,0)	1 (33,3)	
Nei, det påvirker meg ikke	13 (61,9)	1 (25,0)	1 (33,3)	
Vet ikke	2 (9,5)	1 (25,0)	1 (33,3)	0,556

Analyserer vi koronafrykt opp mot direkte brukeratferd, ser man at 13 (61,9%) ikke brukte videokonsultasjon på grunn av koronapandemien, disse ønsket også å fortsette bruken.

Derimot er det 6 (28,6%) som var bekymret for den pågående smittesituasjonen, disse ville også fortsette bruken. Funnet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,556.

8. DISKUSJON

8.1 Individuelle forskjeller

Individuelle forskjeller, eller som det betegnes i UTAUT 2, moderatorer, er en viktig faktor når man skal se på intensjonen om endret adferd og videre bruk av videokonsultasjon. I resultatene til denne undersøkelsen ser man at det var en markant høyere andel kvinner (64%) i forhold til menn (36%) som besvarte undersøkelsen. Dersom man ser til litteraturen kommer det frem at kvinner har hyppigere kontakt med helsevesenet i forhold til menn og at de derav har mer erfaring både med helsevesenet og digitale helsetjenester (Direktoratet for e-helse, 2022d, s. 8). På tross av skjevfordelingen av kjønn i denne undersøkelsen har man valgt å kjøre noen av analysene opp mot kjønn.

I resultatene av analysen (Tabell 1, s. 61) har gruppen sett på om kvinner og menn ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjon også etter koronapandemien. Her er samtlige menn (100%) tydelige på at de ønsker å benytte videokonsultasjon også etter pandemien er over. Kvinnene på sin side er noe mer delt. I innbyggerundersøkelsen til direktoratet for e-helse (2022d, s. 8) finner de ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene når det kommer til digitale helsetjenester. Her avviker våre resultater fra deres funn, men funnet i denne studien er ikke generaliserbare på grunn av lite utvalg. I denne undersøkelsen var det også en markant høyere andel kvinner som besvarte undersøkelsen.

Respondentene har også fått spørsmål om å oppgi sin alder, her ser man et svært skjevfordelt utvalg. Ut fra dette har man valgt å ikke vektlegge alder inn i analysene, da resultater fra dette ville blitt svært usikre data. I studien gjort av Barsom et al. (2021) oppgir de at demografi ikke så ut til å spille en rolle for om respondentene valgte å bruke videokonsultasjon fremfor fysisk konsultasjon. Da vi ikke har mulighet til å teste reliabiliteten av dette er det vanskelig for denne studien å si noe om alderen har noe å si for brukeratferden.

På spørsmål om brukertekniske erfaring var det en stor andel som oppga å ha svært god (43%) og god brukerteknisk erfaring (39%). Kun 18% sa de vurderte sin brukertekniske erfaring til verken eller, ingen vurderte sin brukertekniske erfaring som dårlig (Figur 7, s. 49). Walderhaug et al. (2020, s. 5) har i sine undersøkelser av eldre sin bruk av videokonsultasjon

kommet frem til at 33,3% av respondentene sa de hadde høy brukertekniske erfaring og 50,0 % sa de hadde middels brukerteknisk erfaring. Kun 6,7% sa de hadde liten brukerteknisk erfaring. Resultatene til Walderhaug et al. (2020) samsvarer i stor grad med våre funn. En mulig grunn til dette kan være at stort sett alle i Norge i dag benytter seg av teknologi og internett hjemme, statistisk sentralbyrå fastslår som nevnt tidligere at så mange som 99% av alle innbyggere mellom 16-79 år har benyttet seg av internett de siste 3 månedene (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Ved at befolkningen i Norge opplever å ha god brukerteknisk erfaring og er aktivt deltakende i teknologien kan det tenkes at videokonsultasjoner kan være et godt hjelpemiddel i hverdagen til mange.

I frekvenstabellen (Figur 7, s. 49) ser man at kun 3 av respondentene hadde tidligere erfaring med bruk av videokonsultasjon, hvorav 24 respondenter ikke hadde brukt det før koronapandemien. Samtidig som bruken av videokonsultasjoner økte, så man også at en stor andel av befolkningen i Norge ble satt på hjemmekontor (Forbrukerforskningsinstituttet, 2020). Studien til Barsom et al. (2021) viser at personer som tidligere hadde erfaring med bruk av videomøter, enten privat eller gjennom jobb i større grad ville velge videokonsultasjon i møte med sin lege. I tabell 2 (s. 61) viser det seg at de som benyttet seg av videokonsultasjon fire ganger eller mer, ønsker alle å benytte videokonsultasjoner også etter pandemien er over. Funnene må tolkes med varsomhet ettersom utvalget var lite og kun 4 respondenter hadde benyttet det fire ganger eller mer. På bakgrunn av Barsom et al. (2021) sin forskning og resultatene i denne studien kan det allikevel tenkes at erfaring har en påvirkende faktor for videre bruk av videokonsultasjon.

8.2 Performance expectancy

Forventet ytelse har som nevnt visst seg å være den sterkeste faktoren for å ta i bruk ny teknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 160). For å få en dypere forståelse over hvordan fastlegepasientene oppfattet videokonsultasjon fikk de 5 spørsmål angående dette.

22 av 28 respondenter svarte at de i svært stor grad eller i stor grad fikk oppfylt sine forventninger til videokonsultasjonen, samt at de opplevde å få hjelpen de trengte (Figur 7, s. 50). 23 av de 28 respondentene opplevde også i svært stor grad eller i stor grad å bli sett, hørt og forstått av fastlegen (Figur 7, s. 50). Dette sier oss at en stor andel var fornøyd.

Innbyggerundersøken som ble gjennomført i 2021 viste at 75% var svært fornøyd eller ganske fornøyd med bruk av videokonsultasjoner med fastlegen (Direktoratet for e-helse, 2022d). Svaret på hva som gjør den enkelte innbygger tilfreds eller ikke kan være vanskelig å få svar på. Forskningen til Johnsen et al. (2021) påpeker at 85% av legene oppfattet pasienten som tilfreds med videokonsultasjon. Det kan tenkes at det kan være vanskelig å svare på pasientens opplevelse for en fastlege.

I gruppens spørreundersøkelse var det kun noen få som ikke var så fornøyd. Gruppen tenkte at åpne tekstsvaer kunne gi oss noen svar på hvorfor noen ønsket eller ikke ønsket å bruke videokonsultasjon igjen, og om vi kunne finne noen konkrete problemområder (Kap. 6.3, s. 58-59).

Det første spørsmålet gruppen stilte omhandlet om fastlegepasientene hadde opplevd noen problemer under konsultasjonen. Det kan tenkes at de som ikke valgte å svare på dette spørsmålet, ikke opplevde noen problemer. Det var 15 av 28 respondenter som valgte å svare, 7 av disse sa de ikke hadde opplevd noen problemer. 7 av respondentene hadde opplevd problemer med lyd, noe som er veldig mange. Det er vanskelig å si noe om dette kommer som følge av brukerfeil eller dårlig internettforbindelse, da kun 2 av disse sa at problemene var relatert til dårlig internettforbindelse. Dårlig internetttilgang er som nevnt et problem som både leverandører og regjeringen ser ut til å ta på alvor. Med et økt statsbudsjett til bredbåndsutbygging (Regjeringen, 2022), leverandører som forsøker å legge grunnlaget for fremtidens innovative helse- og trykthetstjenester, moderne fiberkabler og 5G- teknologi (Telenor, 2021) er muligens ikke dette et problem lenger i fremtiden.

Det kan tenkes at dersom man opplever problemer med teknologien kan dette være en faktor som kan påvirke videre bruk. Fastlegepasientene fikk derfor mulighet til å svare på spørsmålet om hvorfor de ønsket eller ikke ønsket å bruke videokonsultasjon igjen med tekst. Her svarte kun 16 av 28 (Kap. 6.3, s. 59).

To fastlegepasienter som ikke ønsket videre bruk sa at de opplevde det som upersonlig, to syntes det var fint med fysisk konsultasjon på grunn av muligheten for å utføre fysiske undersøkelser. Dette sier gruppen at det ikke omhandlet det tekniske som internett eller lydproblemer, men mer behovet for det fysiske på grunn av relasjon og fysiske undersøkelser.

En av respondentene som ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjon nevnte at det av og til var behov for å møte fysisk. 10 av de 16 fastlegepasientene som svarte på dette spørsmålet ønsket også å fortsette bruken i fremtiden. Her ble det nevnt at de ønsket å fortsette på grunn av at de enten sparte tid, slapp kø eller transport. Forskingen til Laukli (2020) og Barsom et al. (2021) har også samme funn. Nasjonalt senter for e-helseforskning nevnte også i 2016 at «dersom 1% av 13 millioner fastlegebesøk kunne vært gjennomført med hjelp av video kunne transport og venting i forbindelse med 130 000 besøk vært spart for arbeidsgivere og pasienter» (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2016). Dette sier gruppen at vekst av denne typen teknologi vil være en stor samfunnsøkonomisk gevinst.

En av fastlegepasientene sa at *«det er enklere å ta valget om å spørre legen om hjelp med min mentale helse når jeg ikke må ta fri for å gå til legen. Er også mye mer komfortabelt å snakke om noe vanskelig over video når jeg sitter i eget hjem»*. Forskingen til Johnsen et al. (2021) sier at psykiske lidelser kan være godt egnet for videokonsultasjoner. Psykiske lidelser er som nevnt en av de største folkesykdommene (Folkehelseinstituttet, 2018, s.170). Dette sier gruppen at alle innbyggere bør ha tilbud om videokonsultasjon med fastlegen, dersom dette kan føre til at det oppleves som enklere å komme i kontakt med fastlegen. Som nevnt hadde denne spørreundersøkelsen få respondenter (n:28), man kan derfor kun bruke dette for å få en dypere forståelse for bruken av videokonsultasjoner.

Forventet ytelse er som nevnt en av de sterkeste nøkkelfaktorene som påvirker intensjonen om endret adferd for å ta i bruk ny teknologi. Gruppen tenkte at vi muligens kunne fange opp om grad av opplevelsen påvirket intensjonen om endret adferd og videre bruk av videokonsultasjoner. Fastlegepasientene som sa at deres forventninger til konsultasjonen ble oppfylt i svært stor grad og i stor grad, ønsket også å fortsette bruken av videokonsultasjon dersom koronapandemien var over i morgen (Tabell 4, s. 62). Dette gjaldt 19 av 28 fastlegepasienter. Gruppen ønsket også å undersøke om brukervennligheten hadde relasjon til om fastlegepasientene fikk sine forventninger oppfylt (Tabell 5, s. 62). Også her opplevde 19 av 28 at deres forventninger til konsultasjonen ble oppfylt i svært stor eller stor grad, og at brukervennligheten var svært god eller god. Funnene må tolkes varsomt, men det kan gi oss en indikator på at flertallet har opplevd systemets potensial, dette kan igjen føre til opplevelsen av å oppnå effektivitet eller gevinst for brukeren (Venkatesh et al., 2003, s. 447). Individuer kan ha ulike forventninger til en konsultasjon. Det kan derfor tenkes at det kan

omhandle tilfredshet med fastlegen, relasjonen de har, teknologien de bruker eller for eksempel brukergrensesnittet. Det er derfor vanskelig i en kvantitativ setting å vite akkurat hvorfor noen få i liten grad fikk sine forventninger oppfylt. Et positivt funn er at ingen av respondentene erfarte at forventningene ikke ble oppfylt i det hele tatt.

Gruppen ønsket å se om vi fant noen sammenheng mellom fastlegepasientenes opplevelse av å bli sett, hørt og forstått av fastlegen (Tabell 6, s. 62), opplevelse av å få den hjelpen de trengte (Tabell 7, s. 63) og videre bruk av videokonsultasjoner. Også her fant vi ut at 19 av 28 fastlegepasienter som ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjoner i svært stor grad eller i stor grad opplevde å få den hjelpen de trengte, samt at de opplevde å bli sett, hørt og forstått av fastlegen. Disse spørsmålene kan også tenkes å ha relasjon til teknologien som brukes. For eksempel fant gruppen ut at 7 av 28 fastlegepasienter opplevde problemer med lyd (Kap. 6.3, s. 58-59). Kommunikasjonsproblemer på grunn av teknologien eller infrastruktur (internett) kan påvirke opplevelsen av videokonsultasjonen.

Som nevnt er videokonsultasjon synkron, det vil si at man møtes i sanntid. Annen digital teknologi kan være asynkron slik som tekstkonsultasjon (Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse, 2019, s. 8), dette krever ikke at legen og pasienten samhandler på samme tid. Når man skal samhandle i sanntid er man avhengig av at alt fungerer slik som tenkt. Her er det mange faktorer som kan påvirke opplevelsen av videokonsultasjonen og igjen intensjonen om videre bruk. Gruppen tenker at viktige faktorer vi kan utpeke er internettkapasitet, brukervennlighet, utstyr (Mobil, PC/MAC, hodetelefoner, mikrofon) og relasjonen til fastlegen. Lüchau et al. (2022) nevnte domestiseringsteori, en metode for å beskrive hvordan ny teknologi blir akseptert, avvist og brukt. Funnene i deres undersøkelse fant ut at en videokonsultasjon består av både pasient og lege, som igjen påvirker hverandre. Holdninger og forholdet til legen, samt teknisk kompetanse spilte inn for bruken. En videokonsultasjon er kompleks og krever en tilpasning fra både pasienten og legen. De foreslo å utvide domestiseringsteorien og kalle denne «kollaborativ domestisering» som går ut på at det er to parter som påvirker og er avhengig av hverandre. Gruppen tenker at teknologien har hatt en enorm vekst de siste årene og teoretiske modeller utfordres når synkron teknologi tas i bruk.

8.3 Effort expectancy

Forventet innsats omhandler graden av letthet knyttet til å bruke systemet (Venkatesh et al., 2003, s. 450). Resultatene i figur 7 (s. 50) viser at 24 av de 28 respondentene mente det var svært god eller god brukervennlighet. I tabell 8 (s. 63) kan man se at 19 respondenter opplevde brukervennligheten som svært god eller god og at de ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjon. Brukervennligheten er viktig for at brukeren skal benytte seg av systemet eller produktet. Walderhaug et al. (2020, s. 10) oppgir at eldre er opptatt av at brukervennligheten er god og enkel for at de skal bruke teknologien. 30-40 åringer er derimot de i samfunnet som benytter seg mest og har mest erfaring med digitale helsetjenester og opplever færrest problemer ifølge direktoratet for e-helse (2022d, s. 8). Alder og brukerteknisk erfaring kan ha noe å si for hvordan fastlegepasientene erfarer brukervennligheten av videokonsultasjon. I denne studien er det ikke alder tatt med i analysene og det er derfor vanskelig å si om alder har hatt en påvirkende faktor i denne studien. Brukervennligheten av de forskjellige tilbyderne av videokonsultasjoner har blitt opplevd som tilfredsstillende av en stor andel av respondentene i denne undersøkelsen. Dette sier oss at brukervennlighet kan ha en betydningsfull rolle inn mot videre bruk av videokonsultasjon.

Dersom man ser brukervennlighet opp mot kjønn (Tabell 9, s. 64) finner man ingen signifikante forskjeller mellom kjønnenes opplevelse av brukervennligheten. Dette samsvarer med funnene til direktoratet for e-helse (2022d, s. 8) hvor de ikke kunne finne forskjeller mellom holdningene til digitale helsetjenester når det kommer til kjønn. Majoriteten av menn og kvinner ser ut til opplevde brukervennligheten av videokonsultasjon som tilfredsstillende.

8.4 Social influence

Sosial påvirkning er en nøkkelfaktor som påvirker den adferdsmessige intensjonen om bruk av teknologi. Sosial påvirkning defineres i hvilken grad brukeren oppfatter at andre tror eller mener de bør bruke teknologien (Venkatesh et al., 2003, s. 451). I undersøkelsen ble derfor respondentene spurt om de ville anbefalt andre å benytte seg av videokonsultasjon, noe 78,6% av respondentene sier de vil gjøre (Figur 7, s. 50). Også Barsom et al. (2021, s. 1284) fant lignende resultater, hvor 97% av brukerne sa at de ville anbefalt videokonsultasjon til venner og familie.

I denne studien fikk også respondentene svare med åpne tekstsvare på hvorfor eller hvorfor ikke de ønsket å anbefale det videre. 12 av respondentene sier noe om at det er tidsbesparende, enkelt eller miljøvennlig og derfor ønsker de å anbefale videokonsultasjon til andre (Kap 6.3, s. 60). Laukli (2020) oppgir at videokonsultasjon er kostnadseffektivt både for pasientene og for samfunnet generelt. Dette er selvsagt positive elementer for enkeltpersoner, noe som kan gjøre det lettere å anbefale videokonsultasjon til andre. Dersom man tar utgangspunkt i UTAUT 2, sier denne at man gjerne bruker teknologi dersom man oppfatter at andre tror eller mener man bør bruke det. Dersom man da får en anbefaling fra mennesker i omgangskretsen som man har tillitt til, kan det tenkes ha en positiv effekt på bruken av videokonsultasjoner i tiden fremover.

I tabell 11 (s. 64) ser man også tydelig at de som ville anbefalt videokonsultasjon videre, selv ønsker å fortsette å bruke dette. Ser vi denne tabellen i sammenheng med tabell 10 (s. 64) er det en sammenheng i hvor god brukervennligheten oppleves av respondentene og at derfor ønsker å anbefale det videre til andre. Funnene tolkes dog med forsiktighet da utvalget var lite i denne studien.

8.5 Facilitating conditions

Tilrettelegging av forhold omhandler hvordan brukeren oppfatter ressursene og støtten de har rundt seg til å bruke teknologien (Venkatesh et al., 2012, s. 159). Det første gruppen antok kunne påvirke bruken var hvilken enhet respondentene brukte til å gjennomføre videokonsultasjonen med. 75% av respondentene oppgir å ha brukt smarttelefon (Figur 7, s. 49). Dette er ikke spesielt oppsiktsvekkende funn da smarttelefon er den enheten flest personer i Norge har i sitt eie. Hele 96% av befolkningen mellom 9-79 år oppgir å ha tilgang på en smarttelefon hjemme (Statistisk sentralbyrå, 2021c). Barsom et al. (2021, s. 1283) har utført en undersøkelse i Nederland, der ser man at 38,1% brukte smarttelefon, mens det også var et høyt antall som brukte nettbrett (28,6%) og PC (19,1%). Dette skiller seg markant fra undersøkelsen gjort i denne studien, men kan ha en sammenheng med at smarttelefon er det største andel av befolkningen har for hånden. Ser vi til brukervennligheten, opplevde 18 av respondentene brukervennligheten som svært god, eller god når de benyttet seg av smarttelefon (Tabell 12, s. 65). Det var liten eller ingen forskjell mellom opplevelsen av

brukervennlighet og hvilken enhet respondentene brukte. Denne studien viser at enheten som blir brukt har lite å si for bruken videre og opplevelsen av brukervennligheten, men utvalget i denne studien er lite og representerer kun et fåtall av befolkningen i Norge.

I denne undersøkelsen sier 15 (54%) (Figur 7, s. 50) av respondentene at de har hatt mer enn fem konsultasjoner med sin fastlege tidligere. Johansen et al. (2021) fant i sin undersøkelse ut at fastlegene opplevde det som mer egnet å ha videokonsultasjon dersom pasienten var kjent og helseproblemet var kjent fra tidligere. I tabell 14 (s. 64) har man sett på om antall tidligere konsultasjon kan ha noe å si for opplevelsen av oppnådd hjelp under konsultasjonen. 12 av de 15 respondentene som var godt kjent med legen sin sier de opplevde å få den hjelpen de trengte i svært stor, eller stor grad. Dette funnet er ikke signifikant, men samsvarer med funnene til Johansen et al. (2021). Johansen et al. (2021) oppgir at fastlegene i undersøkelsen sa at videokonsultasjon var bedre eller like bra i 57% av tilfellene når pasienten var kjent fra tidligere, mot 32% av tilfellene når pasienten var ukjent. I denne studien var det få av respondentene som har hadde en dårlig opplevelse med videokonsultasjon, kun 4 av respondentene oppgir at de ikke vil bruke videokonsultasjon igjen, én av disse møtte legen sin første gang på video (tabell 15, s. 66). Ettersom respondentene i denne undersøkelsen er såpass få er det ikke mulig å trekke slutninger, men sett i lyset av Johansen et al. (2021) sin undersøkelse kan kjennskap til fastlegen være en positiv faktor for videre bruk av videokonsultasjon og at dette kan sees på som en ressurs i møte med teknologien.

At pasienten er kjent for legen kan ha en påvirkende faktor på hvordan legen opplevde konsultasjonen, men også helseproblemet pasienten tok opp på konsultasjonen kan som nevnt ha mye å si (Johansen et al., 2021, s. 9). Dersom helseproblemet var kjent for legen, ble det i 61% av tilfellene regnet som egnetheten var bedre eller like god som fysisk konsultasjon, mot 35% egnethet når problemet var ukjent fra tidligere. 20 av de 28 respondentene i denne studien møtte sin fastlege på grunn av et nytt helseproblem, mot 8 som hadde en oppfølgingsbehandling (Figur 7, s. 49). I denne studien ser det ikke ut til at dette påvirker videre bruk, da 15 av respondentene som hadde et nytt helseproblem ønsket å foresette og bruke videokonsultasjoner også etter pandemien er over. Av de 8 som hadde en oppfølgingsbehandling sa 6 respondenter at de ønsket å fortsette bruken (Tabell 16, s. 66). Legene og fastlegepasientene kan tenkes å oppleve konsultasjonen og egnetheten som forskjellig. Lüchau et al. (2022) kom frem til at videokonsultasjon er svært komplekst, legen

og pasienten skal fungere inn i et samspill med hverandre i tillegg til at også teknologien må fungere. Det er tydelig at det er svært mange faktorer som spiller inn på opplevelsen og bruken av videokonsultasjoner.

Kjent pasient og kjent helseproblem er to av faktorene Johansen et al. (2021) trekker frem, men hvilket helseproblem pasienten hadde viste seg også å kunne påvirke egnetheten til konsultasjonen. I denne studien samlet man derfor helseproblemene inn i grupper ut fra hvor egnet fastlegene i studien til Johansen et al. (2021) mente de var for videokonsultasjon. I tabell 17 (s. 67) ser man ingen klare sammenhenger mellom hvilket helseproblem respondentene hadde og om forventningene til konsultasjonen ble oppfylt. Direktoratet for e-helse (2021b, s. 5) nevner i «Normen» at det ikke er et klart svar på når det er hensiktsmessig å bruke video, men at dette er opp til hvert enkelt helsepersonell å bedømme ut fra hva de mener gir forsvarlig helsehjelp. Som nevnt i forrige avsnitt kan dette tyde på at legene og pasientene har ulike erfaringer og opplevelser av videokonsultasjoner, men det er legen som har ansvaret for å påse at konsultasjonen gir forsvarlig helsehjelp.

8.6 Hedonic motivation

Indre motivasjon beskrives som nytelse eller moro som kan oppleves ved bruk av teknologi (Venkatesh et al., 2012, s. 158). Videokonsultasjon kan i liten grad sies å være moro eller gi nytelse, men man kan si noe om hvor god opplevelsen var. På spørsmål om opplevelsen sier 74,4% av respondentene at opplevelsen var bra, mens 21,4% sier den var middels, kun 7,1% sier det opplevde det som dårlig (Figur 7, s. 50). Lignende resultater kan man se hos Direktoratet for e-helse (2022d, s. 35) som kom frem til at 75% av brukerne var svært fornøyde med videokonsultasjon. Walderhaug et al. (2020) spurte også de eldre om opplevelsen, men med litt andre svaralternativer enn i denne undersøkelsen. De eldre oppgir i 60% av tilfellene at de opplevde det som spennende å bruke videokonsultasjon.

Dersom man knytter opplevelsen opp til videre bruk (Tabell 18, s. 68) ser man at 18 av 28 hadde en bra opplevelse og at de ønsker å fortsette bruken av videokonsultasjoner i fremtiden. Det er derimot 4 respondenter som sier de ikke ønsker å fortsette bruken og at de hadde en middels opplevelse av videokonsultasjon. Etersom utvalget i denne undersøkelsen er lite, er

det umulig å si om dette er representativt for en større gruppe, men det kan se ut til at gode opplevelser med videokonsultasjon kan føre til videre bruk.

Ser man til UTAUT 2 og moderatorene, har det blitt gjort analyser på brukerteknisk erfaring og opplevelsen. Man ser at de som har satt sin brukertekniske erfaring til svært god, eller god også i stor grad hadde en bra opplevelse (19 av 28 respondenter) (Tabell 19, s. 68). De av respondentene som oppga å ha verken eller god eller dårlig brukerteknisk erfaring, var også de som opplevde videokonsultasjon middels eller dårlig (4 av 28 respondenter). Derav kan det være en faktor at brukerteknisk erfaring kan påvirke opplevelsen av videokonsultasjon, selv om dette ikke kan sies med sikkerhet med det utvalget som er i denne undersøkelsen.

Den andre moderatoren fra UTAUT 2, kjønn, er også analysert opp mot opplevelsen av videokonsultasjonen. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom kjønnene og opplevelsene av videokonsultasjon. Dette samsvarer igjen med direktoratet for e-helse (2022d, s. 8) sine funn angående holdninger til digitale helsetjenester hos menn og kvinner.

8.7 Price value

Pris eller verdi kan som nevnt ha en betydelig påvirkning for teknologibruk. Pris eller verdi kan for brukeren oppleves som positiv dersom man oppfatter fordelene med å bruke teknologien (Venkatesh et al., 2012, s. 161). Gruppen ønsket derfor å finne ut om fastlegepasientene sparte tid og/eller kostnader ved å benytte seg av videokonsultasjon. 26 (92,9%) av de 28 respondentene svarte at de sparte tid/eller kostnader (Figur 7, s. 50). Forskningen til Barsom et al. (2021) oppgir også at spart tid og kostnader var en positiv side ved bruk av videokonsultasjon. Ikke bare er dette positivt for fastlegepasienten. Som nevnt tidligere sa nasjonalt senter for e-helseforskning allerede i 2016 at videokonsultasjon kan spare samfunnet for betydelige kostnader. Laukli (2020) nevnte også at besparelsene for samfunnet og enkeltpersoner er store. Dersom fastlegepasientene opplever bruken av videokonsultasjon som en fordel tenkte gruppen at dette kunne påvirke intensjonen om endret adferd og videre bruk. 21 av 28 respondenter sa at de sparte tid og/eller kostnader og ønsket å fortsette bruken av videokonsultasjoner dersom koronapandemien var over i morgen (Tabell 21, s. 69). Funnet var signifikant. Resultatet bør tolkes med varsomhet på grunn av få

respondenter (n:28), men dette kan gi oss en indikator på at mange opplever fordelene ved bruk av videokonsultasjoner og ønsker derfor å fortsette bruken.

Prisen på selve konsultasjonen vil være det samme for pasienten, siden taksten tidligere ble likestilt med fysisk konsultasjon (Direktoratet for e-helse, 2021b). Som nevnt er det ikke alle fastleger som tilbyr videokonsultasjoner til sine pasienter (Helsenorge, 2020). I innbyggerundersøkelsen kom det frem at 1 av 3 innbyggere ønsket seg flere digitale helsetjenester enn de hadde tilgang til i dag (Direktoratet for e-helse, 2022d, s. 4). Det ble nevnt at «Det bør være et krav om at alle fastleger skal tilby video-/telefonkonsultasjon» (Direktoratet for e-helse, 2022d, s. 60). Slik som det er i dag, vil innbyggerne møte ulike helsetilbud noe som kan oppleves uheldig. Det må derimot innføres på en slik måte at det ikke legges et ekstra press på fastlegene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Fagerlund (2020) nevnte også at det handlet om å ta i bruk de digitale tjenestene som er tilgjengelige for fastlegene og at når bruken øker, øker behovet for struktur for å ta det i bruk (Fagerlund, sitert i nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020).

8.8 Habit

Vane handler om i hvilken grad man gjør noe på automatikk, som følge av læring eller erfaring. Vane gjenspeiler resultatene fra tidligere opplevelser (Venkatesh et al., 2012, s. 161-162). Ved å spørre respondentene om de selv valgte å bruke video, eller om det var legen som valgte videokonsultasjon kunne man se om det var en sammenheng med hvor tilfreds respondentene var. 53,6% (15) respondenter sa at de selv valgte å bruke video, mens legen ønsket videokonsultasjon i 46,4% (13) av tilfellene. (Figur 7, s. 49). Barsom et al. (2021 s. 1283) kom frem til at de pasientene som hadde brukt videokommunikasjon tidligere, privat eller i arbeidssammenheng var mer tilbøyelige til å benytte seg av videokonsultasjon i møte med legen. Dette er til tross for at de ikke hadde erfaring med videokonsultasjoner fra tidligere. Når man da ser dette i lyset av analyse i tabell 22 (s. 69), ser man at der respondenten selv valgte videokonsultasjon ønsker 14 av 15 å fortsette bruken også etter pandemien er over. Der legen derimot valgte å bruke video er det en mindre andel som vil bruke det igjen, av 13 respondenter er det kun 7 som er sikre på at de ønsker å benytte seg av videokonsultasjon igjen. Da man ikke kan trekke noen slutninger på bakgrunn av tallene i denne undersøkelsen er det vanskelig å si noe konkret om i hvor stor grad vane spiller en rolle for bruken av

videokonsultasjon og videre bruk, men det kan se ut til at dersom man er kjent med videotjenester fra tidligere kan dette virke fremmende på bruken av videokonsultasjoner.

8.9 Koronafrykt

Situasjonen med koronapandemien og økt bruk av teknologi var ny. Dette gjorde at gruppen måtte vurdere om UTAUT 2 modellen var riktig teoretisk modell for teknologiaksept. Et av formålene til en teoretisk modell er å finne viktige interaksjoner som kan påvirke intensjonen om bruk. Raza et al. (2020) påpekte temaet om sosial isolasjon og koronafryktens modererende rolle på UTAUT 2. Funnene våre viste at 9 (32,1%) av respondentene brukte videokonsultasjon på grunn av koronapandemien og at de var bekymret for den pågående smittesituasjonen (Figur 7, s. 49). Gruppen tenkte at denne «koronafrykten» muligens kunne påvirke brukeradferd og videre bruk. Gruppen fant ingen signifikante funn når vi analyserte «koronafrykt» opp mot spørsmålet «Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?» (Tabell 23, s. 70). Kun 6 (28,6%) respondenter i gruppen som ønsket å fortsette bruken hadde brukt videokonsultasjon på grunn av at de var bekymret for smittesituasjonen. Dette sier oss at det er en stor gruppe 13 (61,9%) respondenter i gruppen som ønsker å fortsette bruken, som sier at de ikke benyttet det på grunn av «koronafrykt».

Spørreundersøkelsen hadde få respondenter (n:28) men funnene kan gi en indikator på at man bør være oppmerksom på at alvorlige hendelser som pandemi kan oppstå i fremtiden, og at dette muligens kan være en nøkkelfaktor som kan påvirke intensjoner om endret adferd når det kommer til bruk av teknologi. Koronasertifikatet er et eksempel på en løsning som ble implementert på grunn av pandemi (Helsenorge, 2022). Innbyggerne var avhengig av denne løsningen for å kunne reise til utlandet under koronapandemien. Som nevnt anbefalte også Helsedirektoratet helsepersonellgrupper å gjøre seg kjent med hvordan de kom i gang med bruk av videokonsultasjoner når pandemien kom (Helsedirektoratet, 2021a). Dette var for å kunne opprettholde et forsvarlig helsetilbud til innbyggerne. Dette er noe man bør ta høyde for ved implementering av ny teknologi. Mulige alvorlige hendelser som en pandemi kan oppstå og bør derfor vurderes i et sosioteknisk perspektiv.

9. KONKLUSJON

Denne masterstudien har hatt som formål å få en dypere forståelse for bruk av videokonsultasjoner hos fastlegepasienter. Gruppen mente at det var et problem at vi ikke hadde nok kunnskaper om pasienters erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner og om dette var noe de ønsket å fortsette med i fremtiden. Dette førte gruppen til problemformuleringen «Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har intensjonen om bruk endret seg på bakgrunn av koronapandemien?».

Studien gir en indikasjon på at mange fastlegepasienter har hatt positive erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner og derfor ønsker å fortsette bruken i fremtiden. Majoriteten opplevde å få den hjelpen de trengte, bli sett, hørt og forstått, hadde en god opplevelse og fikk oppfylt sine forventninger til videokonsultasjonen. De fleste hadde også tatt i bruk videokonsultasjoner for første gang under koronapandemien. Flertallet vurderte brukervennligheten og sin brukertekniske erfaring som god eller svært god. Studien viste også at flertallet benyttet seg av smarttelefon for å gjennomføre videokonsultasjonen.

Studien ville også undersøke om intensjonen om bruk hadde endret seg på bakgrunn av koronapandemien. 75% ville fortsatt benyttet videokonsultasjon dersom koronapandemien var over. Gruppen kunne også finne en positiv sammenheng mellom spart tid og/eller kostnader og videre bruk av videokonsultasjon. Hele 93% opplevde at de sparte tid og/eller kostnader. Dette kan gi en antydning på at intensjonen om bruk har endret seg, fastlegepasienter ser nytteverdien av videokonsultasjoner i møte med sin fastlege.

Ser vi gruppens forskningsspørsmål og resultater i lyset av annen forskning presentert i denne oppgaven kan gruppen verifisere hypotesen om at økt bruk av videokonsultasjoner og gode brukeropplevelser fører til videre bruk av videokonsultasjoner hos fastlegepasienter i fremtiden.

Oppgaveprosessen førte også til nye spørsmål og implikasjoner for videre forskning. Gruppen har valgt å presentere dette i eget kapittel om videre arbeid.

VIDERE ARBEID

Mens oppgaveprosessen pågikk fant gruppen flere «kunnskapshull» som kan være spennende og nyttig å studere videre. Er det et problem at ikke alle fastleger tilbyr videokonsultasjoner til innbyggerne? Dette med bakgrunn i positive tilbakemeldinger til bruk av videokonsultasjoner for pasienter med psykiske plager. Gruppen tenker at alle innbyggerne bør ha tilbud om videokonsultasjon dersom dette kan føre til at det er enklere for noen pasientgrupper å kontakte fastlegen. I tillegg ga forskningen en indikator for at mange opplever fordelene ved bruk av videokonsultasjoner og ønsker derfor å fortsette bruken. Dette er enda en viktig faktor som sier gruppen at det i fremtiden bør legges til rette slik at alle har denne muligheten. Denne masteroppgaven har ikke hatt fokus på fastlegepasienter som ikke har benyttet seg av videokonsultasjoner. Gruppen tenker at det er viktig å få en forståelse for drivere for brukeraksept, mot brukere som er skeptisk til å ta i bruk videokonsultasjoner. Ettersom videokonsultasjoner er avhengig av to parter synes gruppen at det kunne vært nyttig å forske på begge partene samtidig for å muligens utpeke nye «kunnskapshull».

I disse tider kartlegges også håndteringen av koronapandemien i Norge. Helsepersonell ble anbefalt å ta i bruk videokonsultasjoner for ca. 2 år siden, og noen har enda ikke tatt det i bruk. Er vi klar for en ny pandemi? Gruppen tenker at det er viktig at helsepersonell har kunnskaper om hvordan de bruker videokonsultasjoner for å være forberedt. Vi vet at sannsynligheten for en ny pandemi er stor i fremtiden, men vi vet ikke når den eventuelt vil komme.

KRITIKK TIL OPPGAVEN

Som nevnt har teknologien hatt en enorm vekst de siste årene. Gruppen synes det har vært vanskelig å velge en teoretisk modell som passet til oppgaven. Vi tenker at årsaken til dette kan være på grunn av at det var synkron teknologi som ble brukt, samt at koronasituasjonen kunne vært en faktor. Her er det to utfordringer gruppen pekte ut «koronafryktens modererende rolle» og «den synkrone teknologien». Ved sistnevnte utfordring tenker vi at det er to parter som påvirker hverandre og er avhengige av hverandre, dette kan føre til at teoretiske modeller utfordres. Samtidig ser gruppen at UTAUT modellen har hjulpet oss med å få en god struktur på oppgaven. Vi ser i ettertid at vi kunne brukt modellen enda mer aktivt fra starten av for å formulere spørsmålene bedre. Et eksempel på dette er spørsmålet om sosial påvirkning, her kunne vi heller spurt om de hadde blitt anbefalt av andre å bruke videokonsultasjon og ikke om de selv ville anbefale det til andre. Mange av moderatorene i UTAUT ble ikke brukt slik som modellen fremstiller de, for eksempel forventet ytelse modereres av alder og kjønn. På grunn av skjevfordeling og lite utvalg tenkte gruppen at å utføre analyser opp mot dette ikke ville gi noen resultater som var relevante for oppgaven. Gruppen ser også i ettertid at det kunne vært relevant og stilt flere spørsmål til de som ikke hadde benyttet videokonsultasjon og ble ekskludert fra spørreundersøkelsen. Her kunne det vært interessant å vite om det var for at fastlegen ikke tilbydde videokonsultasjon, eventuelt andre grunner. Vi ser også i ettertid at vi burde spurt hvor fastlegepasientene gjennomførte videokonsultasjonen, dette siden forskningen visste at dette kunne ha noe å si. Vi ser også at alder ikke burde vært gruppert i spørreundersøkelsen, da dette ga utfordringer for reliabiliteten, dersom vi for eksempel skulle testet denne.

Denne studien hadde også færre respondenter enn ønsket. Gruppen hadde sett for seg at ved å dele det på sosiale medier kunne man nå ut til en større gruppe. I denne studien skal vi belyse et bredt fenomen og for å kunne få resultater som er generaliserbare er det derfor nødvendig med et større utvalg.

PROSESS OG PRODUKTEVALUERING

Vi har samarbeidet godt sammen med hjelp av digitale verktøy som Microsoft Teams. Tidligere erfaring med hvordan man bygger opp en bra filstruktur for å dele dokumenter i Teams, har vært til god hjelp når vi startet oppgaveprosessen med masteroppgaven. Vi har vært tydelige fra starten av oppgaveprosessen om at kilder skal noteres og oppdateres jevnlig. Det er vanskelig å konkretisere hvem som har gjort hva, siden måten vi har jobbet på hele tiden har overlappet hverandre. En av oss har for eksempel skrevet om teknologi i problemanalysen, så har den andre tilføyd det som den tenkte manglet. Vi har i ettertid begge lest over og tilføyd nye funn dersom vi har funnet det. Vi har begge hatt en god oversikt over alt som har vært i oppgaven og vi har blitt oppdatert når den andre har skrevet noe nytt. I tillegg har vi lagt til mange kommentarer underveis i oppgaveprosessen som den andre kunne svare på. Vi kan si at Lene har hatt mer ansvar for å skrive metodekapittelet og Therese har hatt mer ansvar for å skrive om teoretisk rammeverk, selv om vi begge har vært involvert. Planlegging av studien, datainnsamling, dataanalyse og tolkning av datamaterialet har vi gjort sammen. Vi har brukt utallige timer på Teams og Messenger for å diskutere funn og videre planer.

Vi er begge fornøyd med gruppesamarbeidet og har lært mye av samarbeidet.

Lene Leland og Therese Cecilie Olsen

1. mai, 2022

KILDER

- Aalen, I. & Willassen, S. (2019, 7. mars). Hvorfor nøler fastleger med videokonsultasjoner? *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/03/07/hvorfor-noler-fastleger-med-videokonsultasjon/>
- Barsom, E.Z., Jansen, M., Tanis, P.J., Van de Ven, A.W.H., Blussé van Oud-Albas, M., Buskeens, C.J., Bemelman, W.A. & Schijven, M.P. (2021) Video consultation during follow up care: effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer. *Surg Endosc*.2021 Mar;35(3), 1278-1287.
<https://doi.org/10.1007/s00464-020-07499-3>
- Direktoratet for e-helse. (2020a, 4. februar). *Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren*. <https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Direktoratet for e-helse. (2020b, 16. april). *Videokonsultasjon – Faktaark nr. 54*.
<https://www.ehelse.no/normen/faktaark/faktaark-54-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2021a, 24. mars). *Innbyggerundersøkelse om e-helse 2020*.
<https://www.ehelse.no/publikasjoner/innbyggerundersokelsen-om-e-helse>
- Direktoratet for e-helse. (2021b, mars). *Utviklingstrekk 2021*.
<https://www.ehelse.no/publikasjoner/utviklingstrekk-2021>
- Direktoratet for e-helse. (2021c, 10. mai). *Veileder for bruk av video, lyd og bilde*.
<https://www.ehelse.no/normen/veiledere/veileder-video-lyd-og-bildeopptak-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Direktoratet for e-helse. (2022a, 14. januar). *Korona: Slik kommer du i gang med videokonsultasjon*. <https://www.ehelse.no/aktuelt/korona-slik-kommer-du-i-gang-med-videokonsultasjon>

Direktoratet for e-helse. (2022b, 14. januar). *Korona: Minimumskrav til generelle løsninger for videosamtale*. <https://www.ehelse.no/aktuelt/minimumskrav-til-generelle-losninger-for-videosamtale>

Direktoratet for e-helse. (2022c, 16. mars). *Forord og sammendrag*. <https://www.ehelse.no/publikasjoner/e-helsetrender-utviklingstrekk-2022/forord-og-sammendrag>

Direktoratet for e-helse. (2022d, 17. februar). *Innbyggerundersøkelsen om e-helse 2021 – bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester*. <https://www.ehelse.no/tema/e-helsetrender>

Eget arbeid. (2021). Videokonsultasjoner- gjennombrudd for digitale behandlingsmetoder/upublisert prosjekt HSI417 Helseinformatikk - Forskningsmetodiske prinsipper og praksis. Holtan, G., Leland, L. & Olsen, T.C.

Eikmo, T.A & Clausen H.T. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS*. Oslo: *Tapir akademiske forlag*.

Fagerlund, A.J., Holm, M.H. & Zanaboni, P. (2018). General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study. *BMJ open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028251>

Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

Folkehelseinstituttet. (2022, 7. februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>

Forbrukerforskningsinstituttet (SIFO). (2020). *Digitalt koronaliv 2020: Norske husstanders digitale håndtering av koronapandemien* (SIFO-Rapport 7 – 2020).

Forbrukerforskningsinstituttet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/3104>

Gulbrandsen, P. & Menichetti, P. (2021, 19. mai). Avstand og nærhet i klinisk arbeid.

Tidsskriftet den norske legeforening. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0315>

Gullslett, K. M., Kristiansen, E., & Nilsen, R.E. (2021, 15. juli). Therapists' Experience of Video Consultation in Specialized Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Human Factors* 2021;8(3): e23150.

<https://humanfactors.jmir.org/2021/3/e23150>

Helsebibloteket. (u.å). *Medline*. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/medline>

Helsedirektoratet. (2021a, 14. oktober). Helsepersonell bør tilby e-konsultasjon eller telefonkonsultasjon. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/helsepersonell-bor-tilby-e-konsultasjon-eller-videokonsultasjon?tidligere-versjoner#39915337>

Helsedirektoratet. (2021b, 4. januar). *E-konsultasjoner hos fastleger*.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/e-konsultasjoner-hos-fastleger>

Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse. (2018, 30. november). *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt* (IS-2801). Helsedirektoratet og direktoratet for e-helse.

<https://ehealthresearch.no/rapporter/andre/e-konsultasjon-hos-fastlege-og-legevakt>

Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse. (2019, 1. november). *E-konsultasjon og triage hos fastlege* (IS-2867). Helsedirektoratet og direktoratet for e-helse.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_attachment/inline/498cccf0-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helsenorge. (2020, 8. oktober). *Slik får du helsehjelp hjemmefra*.

[https://www.helsenorge.no/om-tjenestene/slik-kan-du-fa-helsehjelp-hjemmefra/#legetime-pa-nett-via-helsenorge-\(ekonsultasjon\)](https://www.helsenorge.no/om-tjenestene/slik-kan-du-fa-helsehjelp-hjemmefra/#legetime-pa-nett-via-helsenorge-(ekonsultasjon))

Helsenorge. (2022). *Koronasertifikat*. <https://www.helsenorge.no/koronasertifikat/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, mai). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten – Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020-2024*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

Hofstad, E. (2022, 23. mars). *Legevaktssatellitt: Her driver sykepleierne legevakten*.

Sykepleien. <https://sykepleien.no/2022/03/legevaktssatellitt-her-driver-sykepleiere-legevakten>

Isachsen, H.B. (2021, 24.nov). 98% av pasientene var fornøyde med videokonsultasjon.

Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/11/24/98-prosent-av-pasientene-var-fornoyde-med-videokonsultasjon/>

Johannessen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2010) Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (3.utg). Oslo: Abstrakt forlag.

Johnsen, T.M., Norberg, B.L., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Helgetun, F.K. & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *Journal of medical internet research*, 2021;23(2): e26433.<https://doi.org/10.2196/26433>

KS. (2022, 10. mars). *Med litt hjelp kan flere delta*.

<https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/kompetanse-og-verktoy/digihjelpen/digitalt-utenforskning/med-litt-hjelp-kan-flere-delta/>

Laake, P., Olsen, B.R & Benestad, H.B. (Red.). (2013). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Legeforeningen. (2022a, 6. april). *Hva gjør allmenlegeforeningen*.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/krisen-i-fastlegeordningen/hva-gjor-af/>

Legeforeningen. (2022b, 8. april). *Fastlegeordningen på 1-2-3*.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/bfddb0c2cf8a45eebe9bb459678c8ffa/fastlegeordningen-pa-1-2-3-det-du-trenger-a-vite.pdf>

Lüchau, E.C., Jepsen, C., Grønningen, A. & Hvidt, E.A. (2021). Reciprocal dynamics between patients' choice of place and how they experience video consultations: A qualitative study. *Digital Health, Volume 7:1-12*.

<https://doi.org/10.1177/20552076211052158>

Lüchau, E.C. & Grønningen, A. (2022). Collaborative domestication. How patients account for their experience of video consultations with their general practitioner.

MedieKultur: Journal of Media and Communication Research, 37(71), 224-244.

<https://doi.org/10.7146/mediekultur.v37i71.123374>

Laukli, R. (2020, 4. juli). *Effekt av korona: Fastlegen går digitalt*. *Forskning.no*

<https://forskning.no/fastlegen-helsetjenester-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning/effekt-av-korona-fastlegen-gar-digitalt/1690965>

- Lundberg, L. (2020, 2. september). *Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
<https://ehealthresearch.no/nyheter/2020/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling#>
- Moe, M. (2020, 5. november). *Slitene leger uten kontroll over egen arbeidstid og fritid er dårlige leger for sine pasienter*. Dagens medisin.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/11/05/slitne-leger-uten-kontroll-over-egen-arbeidstid-og-fritid-er-darlige-leger-for-sine-pasienter/>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2016). *Muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten*.
<https://ehealthresearch.no/faktaark/muligheter-og-utfordringer-ved-bruk-av-videokonsultasjoner-i-primarhelsetjenesten>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2020, 13. oktober). *Pasienters erfaring med digital fastlegekommunikasjon*. <https://ehealthresearch.no/nyheter/2020/pasientenes-erfaringer-med-digital-fastlegekommunikasjon>
- Olsen, P.B & Pedersen, K. (2003). *Problemorienteret projektarbejde: en værktøjsbog* (3. utg). Roskilde Universitetsforlag.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2017). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Pripp, A.H. (2016). Vi trenger likestilte forskningsmetoder. *Sykepleien*, 2016;104(9):56-58.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58624>
- Pripp, A.H. (2018). Validitet. *Tidsskriftet den norske legeforening*, tidsskr.18.0398.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0398>

Prisma. (2021, 2. mai). *Prisma flow diagram. Prisma -Transparent reporting of systematic reviews and meta-analysis.*

<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

Raza, S.A., Qazi, W., Khan, K. A., Salam, J. (2020). Social Isolation and Acceptance of the Learning Management System (LMS) in the time of COVID-19 Pandemic: An Expansion of the UTAUT Model. *Journal of Educational Computing Research.*

<https://doi.org/10.1177/0735633120960421>

Regjeringen. (2018, 14. januar). *Jeløya-plattformen.*

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2585544/#k9>

Regjeringen. (2021, 8. november). *Foreslår 100 millioner ekstra til bredbånd i distriktene.*

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/foreslar-100-millioner-ekstra-til-bredband-i-distriktene/id2884554/>

Regjeringen. (2022, 1. mars). *Fordeler 304 millioner kroner til bredbånd i distriktene.*

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fordeler-304-millioner-kroner-til-bredband-i-distriktene/id2902634/>

Statistisk sentralbyrå. (2021a). 06998: *Aktiviteter utført på internett de siste 3 måneder*

[Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/sq/10067599>

Statistisk sentralbyrå. (2021b). 06995: *Bruk av internett de siste 3 måneder.* [Statistikk].

<https://www.ssb.no/statbank/sq/10067601>

Statistisk sentralbyrå. (2021c). 05244: *Andel som har tilgang til ulike medier og elektroniske tilbud i hjemmet.* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/sq/10067771>

Telenor. (2021, 8. juni). *Kobbernettet forsvinner, fasttelefonen består.*

<https://www.telenor.no/privat/artikler/internett/kobbernett-fasttelefon/>

- Tømmerbakke, S. G. (2022, 4. april) *Helsedirektøren bekymret for fastlegesituasjonen*.
Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/04/04/helsedirektoren-bekymret-for-fastlegesituasjonen/>
- Universitet i Agder. (u.å). *SurveyXact*. <https://www.uia.no/bibliotek/forskning-og-publisering2/surveyxact>
- Universitet i Oslo. (2015, 24. august). *Databaser*.
<https://www.ub.uio.no/fag/naturvitenskap-teknologi/matematikk/database/>
- Universitetet i Sørøst-Norge. (u.å). *Cinahl*.
<https://bibliotek.usn.no/databaser-og-fagressurser/cinahl-article80281-7081.html>
- Venkatesh, Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478.
<https://doi.org/10.2307/30036540>
- Venkatesh, Thong, J. Y. L., & Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157–178. <https://doi.org/10.2307/41410412>
- Walderhaug, N., Styve, A. & Molnes I.S. (2020, 20. mars). Hva synes eldre om å bruke videokommunikasjon? *Sykepleien*, 2020.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80600>
- Wikipedia (2022, 19. januar) *Domestiseringsteori*. Wikipedia
[https://no.wikipedia.org/wiki/Domestisering_\(teori\)](https://no.wikipedia.org/wiki/Domestisering_(teori))
- World Health Organization. (2021, 26. januar). *Quick Search Guide for WHO COVID-19 Database*. <https://www.who.int/publications/m/item/quick-search-guide-who-covid-19-database>

World Health Organization. (2022). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*.
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

VEDLEGG 1 - Eksport fra SurveyXact

Takk for at du tar deg tid til å svare på denne undersøkelsen angående fastlegepasienters erfaring med videokonsultasjon.

Denne undersøkelsen er estimert til å ta under 5 minutter, vi ønsker å takke deg for at du vil bruke av din tid.

Spørreundersøkelsen er en del av masterprosjektet i helse- og sosialinformatikk ved universitetet i Agder. Prosjektet har som formål å undersøke fastlegepasienters erfaring med videokonsultasjoner.

Denne undersøkelsen er anonym, og det vil ikke samles inn eller lagres personopplysninger om deg. **Du vil få mulighet til å besvare enkelte av spørsmålene med tekst, vi ber om at du ikke oppgir personopplysninger i disse feltene.**

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helst avslutte undersøkelsen uten at dette får noen konsekvens for deg.

Ved å klikke deg videre i denne undersøkelsen samtykker du til at:

Du har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og at du samtykker til å delta i en elektronisk spørreundersøkelse. Opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet juni 2022.

Dersom du har spørsmål angående spørreundersøkelsen kan du kontakte en av oss:

Therese Cecilie Olsen

E-post: thereseo@student.uia.no

97192396

Lene Leland

E-post: lenel12@student.uia.no

93055492

1. Har du benyttet deg av videokonsultasjon i møte med din fastlege?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Ønsker ikke å oppgi

2. Alder

- (11) 0-18
- (1) 18-25
- (2) 26-33
- (4) 34-41
- (3) 42-49
- (5) 50-57
- (8) 58-65
- (7) 66-73
- (8) 74-81
- (9) 82+
- (10) Ønsker ikke å oppgi

3. Kjønn

- (2) Mann
- (3) Kvinne
- (4) Annet

4. Var det ditt valg å benytte videokonsultasjon?

- (2) Ja, jeg valgte å benytte meg av videokonsultasjon
- (3) Nei, legen ønsket videokonsultasjon
- (4) Vet ikke

5. Benyttet du deg av videokonsultasjon på grunn av koronapandemien?

- (1) Ja, jeg er bekymret for den pågående smittesituasjonen
- (2) Nei, det påvirker meg ikke
- (4) Vet ikke

6. Hvordan vurderer du din brukertekniske erfaring?

- (2) Svært god
- (3) God
- (4) Verken eller
- (5) Dårlig
- (6) Svært dårlig
- (7) Vet ikke

7. Hvilken enhet brukte du til å gjennomføre videokonsultasjon?

- (1) Smarttelefon
- (2) Nettbrett
- (6) PC/MAC
- (4) Annet
- (5) Vet ikke

8. Hvor mange ganger har du benyttet deg av videokonsultasjon?

- (1) 1 gang
- (2) 2-3 ganger
- (3) 4 eller flere ganger
- (4) Vet ikke

9. Brukte du videokonsultasjon før koronapandemien?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

10. Er helseproblemet kjent for legen?

- (1) 1. Nei, det er et nytt helseproblem
- (2) 2. Ja, det er oppfølgingsbehandling.
- (3) 3. Vet ikke.

11. Hvorfor oppsøkte du fastlege? (du kan velge mer enn en gruppe)

- (1) Gruppe 1: Psykisk sykdom, administrative spørsmål, kjent kreftsykdom, kroniske smerter, søvnproblemer, fatigue (utmattelse), nevrologi eller rus.
- (8) Gruppe 2: Hud, pediatri (barnesykdommer), ortopedi (plager i muskel-skjelet systemet), øye, brystmerter, magesmerter, tung pust, mistanke om kreft, infeksjoner, hjerteproblemtikk, øre-nese-hals, urinveier, hodepine, geriatri eller svimmelhet.
- (2) Gruppe 3: Covid-19 mistanke eller spørsmål, gynekologi, svangerskap eller endokrinologi (diabetes, stoffskifte).
- (5) Gruppe 4: Annet
- (8) Gruppe 5: Ønsker ikke å oppgi

12. Har du hatt konsultasjoner med fastlegen din før?

- (2) Nei, første møte var på video
- (3) To-tre ganger tidligere
- (4) Fire - fem ganger tidligere
- (5) Mer enn fem ganger tidligere
- (8) Vet ikke

13. Ble dine forventinger til konsultasjonen oppfylt?

- (2) Ja, i svært stor grad
- (3) Ja, i stor grad
- (4) Verken eller
- (5) Nei, i liten grad
- (8) Nei, ikke i det hele tatt

14. Hvordan var opplevelsen?

- (2) Bra
- (3) Middels
- (4) Dårlig
- (5) Ønsker ikke å oppgi

15. Hvordan var brukervennligheten?

- (2) Svært god
- (3) God
- (4) Middels
- (5) Dårlig
- (6) Svært dårlig

16. Opplevde du å bli sett, hørt og forstått av legen?

- (2) Ja, i svært stor grad
- (3) Ja, i stor grad
- (4) Verken eller
- (5) Nei, i liten grad
- (6) Nei, ikke i det hele tatt

17. Opplevde du å få den hjelpen du trengte?

- (2) I svært stor grad
- (3) I stor grad
- (4) Verken eller
- (5) I liten grad
- (6) I svært liten grad

18. Opplevde du noen problemer under konsultasjonen? Husk å ikke oppgi personsensitive data.

19. Ved å benytte deg av videokonsultasjon, sparte det deg for tid og/eller kostnader?

- (2) Ja
- (3) Nei
- (4) Vet ikke

20. Dersom koronapandemien er over i morgen, ville du fortsatt benyttet deg av videokonsultasjon?

- (2) Ja
- (3) Nei
- (4) Vet ikke

21. Hvorfor ønsker/ønsker ikke du å bruke videokonsultasjon igjen? Husk å ikke oppgi personsensitive data.

22. Ville du anbefalt andre å bruke videokonsultasjon?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

23. Hvorfor vil du anbefale/ikke anbefale andre å bruke videokonsultasjon? Husk å ikke oppgi personsensitive data.

Takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen.

Vi ønsker deg en god dag videre!

Med vennlig hilsen

Therese Olsen og Lene Leland

VEDLEGG 2 - Prosjektbeskrivelse



Prosjektbeskrivelse

Masterprogram i helse- og sosialinformatikk
HSI501 Master's Project

**Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken
av videokonsultasjoner for fastlegepasienter?**

THERESE CECILIE OLSEN OG LENE LELAND

VEILEDER

Santiago Gil Martinez

Universitetet i Agder, 2021-2022

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Innholdsfortegnelse

Prosjektbeskrivelse masterprosjekt helse- og sosialinformatikk	3
Bakgrunn for valg av tema	3
Problemstilling	3
Hypotese	3
Samarbeidspartnere	4
Metode	4
Innsamling og behandling av helseopplysninger	4
Utvalg	4
Rekruttering	4
Alder	5
Hvordan dokumenteres samtykkene for å delta i studien	5
Prosjektperiode	5
Interessekonflikt	5
Kontaktinformasjon	5
Kilder	6
Vedlegg	7
Spørreundersøkelse	7

Prosjektbeskrivelse masterprosjekt helse- og sosialinformatikk

Bakgrunn for valg av tema

Vi skrev i fjor en prosjektoppgave med problemstillingen "Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av videokonsultasjoner for fastleger?". Dette var et prosjektarbeid i forskningsmetodiske prinsipper og praksis (prosjekt 2), som er en del av masterutdanningen i helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Forskningsbasert kunnskap viste at videokonsultasjoner var noe fastlegene ønsket å fortsette med i fremtiden (Lundberg, 2020, Johnsen et al., 2021). Sett i et sosioteknisk perspektiv er det en stor samfunnsøkonomisk gevinst å benytte seg av videokonsultasjoner. Forskning viser at "hvis en prosent av de 13 millioner fastlegebesøkene kunne blitt gjennomført på video, ville transport og venting i forbindelse med 130 000 besøk vært spart både for pasienter og eventuelle arbeidsgivere" (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2016).

Vi ser at det er behov for mer forskningsbasert kunnskap sett fra et pasient- og teknologiperspektiv. Man vet at leger ønsker å fortsette med videokonsultasjoner, men hvilke erfaringer har pasientene med bruk av dette? Ønsker pasientene å fortsette bruken av videokonsultasjoner?

Problemstilling

Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av videokonsultasjoner for fastlegepasienter?

Hypotese

Økt bruk og gode brukeropplevelser av videokonsultasjoner under koronapandemien, fører til økt bruk av videokonsultasjoner hos pasienter i fremtiden.

Samarbeidspartnere

Therese Cecilie Olsen og Lene Leland vil skrive en masteroppgave sammen. Veileder og førsteamanuensis Santiago Gil Martinez skal bidra til prosjektet med sin forskningstid tildelt av UiA. Prosjektet har ingen ekstern finansiering.

Metode

Kvantitativ nettbasert spørreundersøkelse. Spørreskjemaet er utarbeidet etter den teoretiske modellen Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT2). Vi har brukt SurveyXact som verktøy for spørreundersøkelsen. Dette siden SurveyXact er en godkjent databehandler som er godkjent av Universitetet i Agder. En eksport fra SurveyXact ligger vedlagt prosjektbeskrivelsen.

Innsamling og behandling av helseopplysninger

Det skal ikke behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i denne studien. Med erfaringen vi har tatt med oss fra fjorårets prosjekt, trenger vi ikke å søke Norsk senter for forskningsdata ettersom vi ikke skal behandle direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Vi har også hatt et møte med veileder Santiago Gil Martinez og med personvernombudet ved universitetet i Agder angående dette. Vi har også gjennomgått kriteriene for å måtte søke NSD og ser at prosjektet vårt ikke faller innenfor det som er søknadspliktig.

Utvalg

Pasienter som tidligere har benyttet videokonsultasjon med en eller flere fastleger i Norge.

Rekruttering

Vi ønsker å benytte oss av sosiale medier som Facebook og LinkedIn for å dele lenke til spørreundersøkelse. Det er mange som har benyttet seg av videokonsultasjoner den siste tiden, så vi tenker at dette er den mest effektive metoden for å rekruttere respondenter. Vi tenker at vi muligens når en metning av deltagere rundt 150-200.

Når vi legger ut en oppdatering på sosiale medier vil vi legge ved at vi søker etter de som har brukt videokonsultasjoner og er over 18 år. Spørreskjemaet er utviklet på en slik måte at dersom personer under 18 år svarer at de er 0-18 vil de automatisk bli sendt til siste side av spørreskjemaet.

Alder

Alle over 18 år.

Hvordan dokumenteres samtykkene for å delta i studien

Ved å klikke seg videre i spørreundersøkelsen vil deltagerne samtykke til å delta i studien. Skriv om samtykke legges ved i starten av spørreundersøkelsen. Samtykke kan trekkes tilbake ved å sende e-post til Therese Cecilie Olsen eller Lene Leland, informasjon om hvordan de kan trekke tilbake samtykke vil også ligge vedlagt spørreundersøkelsen. Dersom en respondent ønsker å få slettet eller rettet opplysninger som er sendt inn må Therese Cecilie Olsen eller Lene Leland kontakte SurveyXact.

Prosjektperiode

Masteroppgave skal leveres mai, 2022. Data slettes fra SurveyXact innen Juli, 2022.

Interessekonflikt

Therese Cecilie Olsen er ansatt hos Norsk Helsenett som konsulent, og har siste året jobbet som videosupport for NHN's videotjeneste Join. I dette prosjektet vil vi ikke fokusere på selve programvaren, og vil heller ikke studere selve videoløsningen pasientene bruker. Det vil derfor ikke være noe interessekonflikt.

Kontaktinformasjon

Therese Cecilie Olsen, therese@student.uia.no, 971 92 396

Lene Leland, lenell2@student.uia.no, 93055492

Santiago Gil Martinez, santiago.martinez@uia.no, 916 17 967

Kilder

Lundberg, L. (2020, 2. september). Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling. Nasjonalt senter for e-helseforskning. <https://ehealthresearch.no/nyheter/2020/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling>

Johnsen, T.M., Norberg, B.L., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Helgetun, F.K. & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *Journal of medical internet research*, 2021;23(2): e26433. [10.2196/26433](https://doi.org/10.2196/26433)

Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2016, januar). *Muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten*. Faktaark. <https://ehealthresearch.no/faktaark/muligheter-og-utfordringer-ved-bruk-av-videokonsultasjoner-i-primarhelsetjenesten>

VEDLEGG 3 - Vurdering NSD

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

Hva er personopplysninger?

Hva er behandling?

Navn (også ved signatur/samtykke) [?]

Ja Nei

Fødselsnummer eller andre nasjonale identifikasjonsnumre [?]

Ja Nei

Fødselsdato

Ja Nei

Adresse eller telefonnummer

Ja Nei

E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator [?]

Ja Nei

Bilder eller videoopptak av personer [?]

Ja Nei

Lydopptak av personer [?]

Ja Nei

Gps eller andre lokaliseringsdata (elektroniske spor) [?]

Ja Nei

Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person [?]

Ja Nei

Genetiske opplysninger [?]

Ja Nei

Biometriske opplysninger [?]

Ja Nei

Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person [?]

Ja Nei

Du har oppgitt at ingen personopplysninger skal behandles i prosjektet.

Dersom du kun skal behandle anonyme opplysninger, skal du ikke melde prosjektet. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, hverken direkte, indirekte eller via e-post/IP-adresse eller koblingsnøkkel.

Vi gjør oppmerksom på at dette ikke er en formell vurdering, men en veiledning basert på svarene du har gitt over.

[Gå til innlogging](#)

VEDLEGG 4 - Søknad FEK



Lene Leland

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 25/11/2021

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Fastlegepasienters erfaring med videokonsultasjoner i møte med sin fastlege

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK registrerer og godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

FEK kommenterer det i infoskrivet må det legges inn kontaktinfo til student og veileder samt endres navn på UiAs fungerende personvernombud som nå er: Johanne Warberg Lavold; epost: personvernombud@uia.no, telefon 38 14 13 28 (<https://www.uia.no/kk/profil/johannewl>).

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

VEDLEGG 5 - Problemformuleringslogg

Dato	Problemformuleringslogg	Metode	Hvorfor ikke
02.08.21	Pasienters erfaringer og tilfredshet ved bruk av VK. Har den økte bruken gjort pasienter tilfreds med VK?	Mixed method (Kan bruke både kvantitativ og kvalitativ metode)	For bred
12.08.21	Pasienters opplevelse av VK. Hvilke erfaringer har pasientene med bruk av VK?	Mixed method	Må spisses mer
06.09.21	Hvilke faktorer spiller inn på pasienters opplevelse av VK?	Mixed method	
06.09.21	Brukererfaringer med videokonsultasjoner.	Mixed method	Samme som tidligere
10.10.21	Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av VK for pasienter?	Mixed method	Hvilke pasienter? For bred.
10.10.21	Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av VK for fastlegepasienter?	Mixed method	Samarbeid med masterstudenter i kommunikasjon ved UiA.
30.10.21	Har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken av VK for fastlegepasienter?	Kvantitativ	Samarbeidsprosjekt med masterstunder i kommunikasjon ved UiA avsluttet pga problemer med finansiering av sikker lagring. Må betale for å lagre videoopptak ved en ekstern hardisk UiO
23.01.22	Har intensjonen om bruk av videokonsultasjoner for fastlegepasienter endret seg på grunn av koronapandemien?	Kvantitativ	?
15.03.22	Ulike forslag til masterseminar på problemformulering: 1. Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og vil trenden vi ser fortsette i fremtiden? 2. Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har	Kvantitativ	Veiledere/studenter anbefaler problemformulering nr 2. Gruppen er enig.

	<p>intensjonen om bruk endret seg på bakgrunn av koronapandemien?</p> <p>3. Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har koronapandemien ført til en vedvarende endring i bruken for fremtiden?</p>		
20.03.22	Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har intensjonen om bruk endret seg på bakgrunn av koronapandemien?	Kvantitativ	Etter masterseminar har gruppen landet på denne problemformuleringen som vi er fornøyd med.

VEDLEGG 6 - Eksempel på søkelogg

17.09.2021, 13:36

Print Search History: EBSCOhost



Friday, September 17, 2021 11:35:58 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S1	Sars-CoV-2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	116,306
S2	Covid-19	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	229,781
S3	Remote consultation*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	8,745
S4	Video consultation*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,657
S5	Video conferencing*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,328
S6	Telecommunication*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	21,234
S7	Patient*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	9,815,698
S8	Client*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	119,316

<https://web.a.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=31&sid=f58fc053-8e74-4467-966a-6f4c929ad3d7%40sdc-v-sessmgr03...> 1/3

			Search Database - CINAHL;MEDLINE	
S9	Experience*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,662,594
S10	Knowledge	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,125,599
S11	Perception*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	643,246
S12	general practitioner*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	81,960
S13	GP*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	359,168
S14	Family doctor	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	9,160
S15	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	236,683
S16	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	31,951
S17	S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	9,893,104

			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	
S18	S9 OR S10 OR S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	3,133,125
S19	S12 OR S13 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	423,243
S20	(S12 OR S13 OR S14) AND (S15 AND S16 AND S17 AND S18 AND S19)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	22

VEDEGG 7 - Gruppekontakt

Gruppe kontrakt

Vi som medlemmer i denne gruppen plikter å bidra likt til prosjektet, dette innebærer å overholde gitte møtetidspunkter og frister. Begge skal holde seg oppdatert på arbeidet som blir gjort. Formålet for vår gruppe er at vi sammen har et mål om å produsere forskningsresultater som samfunnet har en nytteverdi av, for fremtidig bruk av videokonsultasjoner.

Arbeidet skal fordeles likt, innad i gruppen skal det ikke være en person som leder.

Det skal være ukentlige møter over teams, begge forpliktes å møte presis til disse. Dersom dette ikke skulle være mulig for enkeltmedlemmet må det gis beskjed til den andre i gruppen snarest mulig.

Arbeid den enkelte gjør skal fortløpende legges inn i Teams. Alt som ligger i Teams anses som materiale gruppen kan bruke uansett om medlemmet som har produsert arbeidet ikke lengre er aktiv i gruppen.

Arbeidet forventes å ha korrekt kildehenvisning og loggførte kilder på riktig plattform.

Dersom man av personlige grunner ikke ønsker å være del av gruppen forventes det at det gis beskjed raskest mulig.

Dersom kontrakten ikke overholdes, vil veileder kontaktes. Medlemmet vil også utestenges fra gruppen og ikke lengre kunne ta del i prosjektarbeidet.

Kontaktinformasjon:

Navn: Lene Leland

Mail: Lenel12@student.uia.no

Mobil: 93055492

Navn: Therese Cecilie Olsen

Mail: thereseo@student.uia.no

Mobil: 97192396

VEDLEGG 8 - PICO

Problemformulering: Hvordan erfarer fastlegepasienter bruk av videokonsultasjon og har intensjonen om bruk endret seg på bakgrunn av koronapandemien?			
P Patients/population/ problem HVEM?	I Intervention/initiative/ action HVA?	C Comparison ALTERNATIVER?	O Outcome RESULTAT/EFFEKT?
Man vet at fastleger ønsker å fortsette med videokonsultasjoner i noen grad, men hvilke erfaringer har pasientene med bruk av dette? Ønsker pasientene å fortsette bruken av videokonsultasjoner?	Har erfaringer med å bruke videokonsultasjon.	Ønsker å få frem erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner og om dette er noe de ønsker å fortsette med i fremtiden.	Finne svar på hypotesen: Økt bruk av videokonsultasjoner og gode brukeropplevelser fører til videre bruk av videokonsultasjoner hos fastlegepasienter i fremtiden.
P	I	C	O
Engelsk: Patients Clients General practitioner GP Family doctor	Engelsk: Video consultation Remote consultation Video conferencing Telecommunications		Engelsk: Experience Knowledge Perception User experience
Norsk: Pasient Klient Fastlege Lege	Norsk: Videokonsultasjon Videokonferanse E-konsultasjon		Norsk: Erfaring Kompetanse Brukererfaring

VEDLEGG 9 - Mal sosiale medier

Hei

I forbindelse med mitt og [.....](#) sitt masterprosjekt i helse- og sosialinformatikk ved universitetet i Agder, ønsker vi å komme i kontakt med personer som har benyttet seg av videokonsultasjoner i møte med sin fastlege. Har du benyttet deg av videokonsultasjoner med en fastlege? Trykk deg gjerne videre på lenken:

<https://www.survey-xact.no/LinkCollector?key=CTPQ3W1WJ5C2>

Prosjektet har som formål å undersøke fastlegepasienters erfaring med videokonsultasjoner. Undersøkelsen er anonym, og det vil ikke samles inn eller lagres personopplysninger om respondentene.

Tusen takk for at du tar deg tid til å hjelpe oss med å samle data til vårt masterprosjekt.

Hilsen Lene og Therese.

Del gjerne