

## **Videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten**

Helsepersonell sine erfaringer med oppfølging av  
premature barn ved bruk av videokonsultasjon

### **Sigrid Selheim Huglen**

Masteroppgave i Helse- og sosialinformatikk

VEILEDER

Gunnar Hartvigsen, professor

**Universitetet i Agder, mai 2021**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

## Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på et treårig studium i helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Det har vært en spennende reise og et tema som har vært engasjerende å jobbe med. Videokonsultasjon er noe som har opptatt meg i lang tid. Det ses uante muligheter til nytte for både pasienter og helsepersonell. Har selv vært heldig å få prøvd det ut som sykepleier. Prosjektet bygger noe videre på en tidligere gruppeoppgave jeg var del av, som omhandlet samme tema. Det viste seg den gang at implementering av video ikke var kommet så langt som først antatt. Derfor har jeg i dette prosjektet valgt å se nærmere på en tjeneste som er mer etablert. Målet var å få innsikt i helsepersonell sine erfaringer og om de opplever nytteverdi ved bruk av video. Det var også interessant å se om det kunne sammenlignes med ordinær oppfølging. Til min store glede møtte jeg en tjeneste som fremsto som velorganisert og vellykket implementert. Jeg fikk mye nyttig informasjon til prosjektet fra informantene, så jeg har laget en link med rådata tilgjengelig for sensor. Vil rette en stor takk til de flotte og engasjerte informantene ved Nyfødt intensiv avdeling i *Tidlig hjem*. Dere fremstår som profesjonelle, nytenkende og kvalitetsbevisste spesialsykepleiere. Jeg føler meg privilegert som har fått høre om deres erfaringer i bruk av videokonsultasjon til familier med premature barn. Dere gjør en forskjell, og jeg håper og tror andre kan bli inspirert av det som dere har fått til. Vil også rette en stor takk til min motiverende og kloke veileder, professor Gunnar Hartvigsen. Du har delt av din kompetanse og lange erfaring, gitt gode innspill underveis i prosessen. Tips, anbefalinger og humoristiske historier krydrer studiesituasjonen.

Når man avslutter et treårig studium, så er det både lettelse og vemod. At en dør lukkes medfører at det åpnes noen nye. Og hvem vet hva som er bak de dørene?

Vil til slutt takke flokken min som beste heilagjeng!

Tromsø, mai 2021

Sigrid Selheim Huglen

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Et nasjonalt mål er å øke bruk av videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten. I 2019 startet Universitetssykehuset Nord-Norge HF en tjeneste som heter *Tidlig hjem*. Der tilbys familier med premature barn å dra tidligere hjem fra sykehus for å bli fulgt opp ved bruk av videokonsultasjon.

**Hensikt og problemstilling:** Målet med undersøkelsen var å få innsikt i helsepersonell sine erfaringer ved bruk av videokonsultasjon til familier med premature barn. Det var også et mål å finne ut om bruk av video har en nytteverdi, og om det kunne sammenlignes med ordinær oppfølging. Følgende problemstilling for prosjektet;

*“Hvilke erfaringer har spesialsykepleiere med å bruke videokonsultasjon i oppfølging av premature barn?”*

**Utvalg og metode:** Det ble benyttet kvalitativ metode, og gjennomført semistrukturerte intervju av spesialsykepleiere som følger opp familier med premature barn ved bruk av video. Intervjuguide ble laget med utgangspunkt i prosjektets teoretiske rammeverk, UTAUT (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology).

**Resultat:** Datainnsamlingen viser at implementering av *Tidlig hjem* har vært vellykket. Informantene har beskrevet en faglig forsvarlig tjeneste som bidrar til familiesentrert omsorg for familiene. I tillegg er det ressursbesparende på tid, økonomi og personell.

**Konklusjon:** Resultatene i undersøkelsen kan ha overførbarhet til andre tilsvarende tjenester i helsesektoren. Det gjelder fremgangsmåte, organisering og struktur i forbindelse med implementering av videokonsultasjon. Men det er behov for ytterligere forskning, blant annet undersøke nærmere foreldreperspektivet.

**Nøkkelord:** Videokonsultasjon, medisinsk avstandsoppfølging, telemedisin, familiesentrert omsorg, premature barn, brukeraksept og brukervennlighet.

## Abstract

**Background:** In Norway it is an intention to increase the use of video consultation in the specialist health service. In 2019, a service called *Tidlig hjem* (Early Home) started up. Families with premature infants are offered to return home from hospital earlier and to be followed up by using video consultation.

**Purpose and problem:** The aim of the study is to gain insight into health professionals' experiences when using video consultation for families with premature children. It is also a purpose to find out if the use of video has performance expectancy, and possibly compare it with ordinary follow-up. The problem statement in the study was:

*"What experiences do specialist nurses have with using video consultation in the follow-up of families with preterm infants?"*

**Selection and method:** A qualitative method has been used, and semi-structured interviews have been conducted by specialist nurses who follow up families with premature children using video. The interview guide is based on the project's theoretical framework, UTAUT (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology).

**Result:** The data collection shows that the implementation of *Tidlig hjem* (Early Home) has been successful. The informants have described a service that contributes to family centered care for the families. In addition, it saves resources on time, finances and personnel.

**Conclusion:** The results of the survey may be transferable to other similar services in the health sector. This applies to procedures, organization and structure in connection with the implementation of video consultation. However, there is a need for further research, including examining the parenting perspective.

**Keywords:** Video consultation, medical distance follow-up, telemedicine, family centered care, preterm infant, user acceptance and ease of use.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Abstract .....	iii
<b>1. Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Avgrensninger .....	1
1.1.2 Mål .....	2
1.2 Forforståelse .....	2
1.2.1 Hypoteser .....	2
1.3 Avklaringer og begreper .....	3
1.4 Oppbygging av oppgaven .....	5
<b>2. Problemanalyse .....</b>	<b>6</b>
2.1 Leavitts diamant .....	6
2.1.1 Teknologiaspektet .....	7
2.1.2 Organisasjon- og ledelsesaspektet .....	8
2.1.3 Individaspektet .....	9
2.1.3.1 Helsepersonell sitt perspektiv .....	9
2.1.3.2 Pasient/bruker sitt perspektiv .....	10
2.2 Problemstilling .....	11
<b>3. Teori .....</b>	<b>12</b>
3.1 Nasjonale strategier og handlingsplaner .....	12
3.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren .....	13
3.2 Digitale helsetjenester .....	14
3.2.1 Videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten .....	15
3.2.2 Hjemmesykehus .....	16
3.2.3 Tidlig hjem .....	16
3.3 Premature barn .....	17
3.3.1 Familiesentrert omsorg .....	18
3.4 Pandemi .....	18
3.5 Tidligere forskning .....	19
3.6 Teoretisk rammeverk .....	20
3.6.1 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) .....	20
3.6.1.1 Nytteverdi (Performance Expectancy) .....	22
3.6.1.2 Forventet innsats (Effort Expectancy) .....	22

3.6.1.3 Sosial påvirkning (Social Influence).....	23
3.6.1.4 Fasiliterende betingelser (Facilitating Conditions) .....	23
<b>4. Metode .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Valg av metode .....</b>	<b>24</b>
4.1.1 Kvalitativ metode .....	24
<b>4.2 Datainnsamling.....</b>	<b>25</b>
4.2.1 Intervju som datainnsamlingsmetode .....	25
4.2.2 Utforming av intervjuguide.....	26
4.2.3 Utvalg.....	27
4.2.4 Gjennomføring av intervjuer .....	27
4.2.5 Transkribering .....	28
4.2.6 Kvalitativ dataanalyse.....	28
<b>4.3 Søknader og godkjenninger .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 Litteratursøk og bruk av kilder .....</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Etiske overveielser .....</b>	<b>32</b>
<b>4.6 Metodiske overveielser .....</b>	<b>32</b>
4.6.1 Reliabilitet, Validitet og Troverdighet .....	33
<b>5. Presentasjon av funn og analyse.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1 Informantenes bakgrunn.....</b>	<b>35</b>
<b>5.2 Nytteverdi.....</b>	<b>35</b>
5.2.1 Informasjon .....	36
5.2.2 Foreldrerollen.....	36
5.2.3 Familiesentrert omsorg .....	36
5.2.4 Digitale hjemmebesøk .....	37
5.2.5 Teknologi.....	37
5.2.6 Faglig forsvarlig.....	38
5.2.7 Opplevd nytteverdi.....	38
<b>5.3 Forventet innsats.....</b>	<b>39</b>
5.3.1 Opplæring.....	39
5.3.2 Utvikling av tilbudet.....	39
5.3.3 Trygg overgang til hjemmet .....	40
<b>5.4 Sosial påvirkning.....</b>	<b>41</b>
5.4.1 Engasjement.....	41
5.4.2 Ressursbruk.....	42
5.4.3 Motivasjon .....	42
<b>5.5 Fasiliterende betingelser .....</b>	<b>42</b>

5.5.1 Utstyr og lokaliteter .....	43
5.5.2 Brukervennlighet.....	43
5.5.3 Kompetanse .....	43
5.6 Andre funn .....	44
5.6.1 Samhandling med andre instanser .....	44
5.6.2 Pandemi.....	44
5.7 Oppsummering av funn .....	45
6. Diskusjon.....	46
6.1 Nytteverdi.....	46
6.1.1 Underkategori: Informasjon .....	46
6.1.2 Underkategori: Foreldrerollen .....	48
6.1.3 Underkategori: Familiesentrert omsorg .....	49
6.1.4 Underkategori: Digitale hjemmebesøk .....	50
6.1.5 Underkategori: Teknologi.....	52
6.1.6 Underkategori: Faglig forsvarlig .....	54
6.1.7 Underkategori: Opplevd nytteverdi.....	55
6.1.8 Oppsummering funn nytteverdi .....	57
6.2 Forventet innsats.....	57
6.2.1 Underkategori: Opplæring.....	57
6.2.2 Underkategori: Utvikling av tilbudet .....	59
6.2.3 Underkategori: Trygg overgang til hjemmet .....	61
6.2.4 Oppsummering funn Forventet innsats.....	63
6.3 Sosial påvirkning.....	63
6.3.1 Underkategori: Engasjement.....	64
6.3.2 Underkategori: Ressursbruk .....	65
6.3.3 Underkategori: Motivasjon .....	66
6.3.4 Oppsummering funn sosial påvirkning .....	67
6.4 Fasiliterende betingelser .....	68
6.4.1 Underkategori: Utstyr og lokaliteter .....	68
6.4.2 Underkategori: Brukervennlighet.....	69
6.4.3 Underkategori: Kompetanse .....	70
6.4.4 Oppsummering funn fasiliterende betingelser .....	71
6.5. Andre funn .....	72
6.5.1 Samhandling med andre instanser .....	72
6.5.2 Pandemi .....	73
6.6 Oppsummering av funn .....	74

<b>7. Konklusjon .....</b>	<b>75</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 1 Intervjuguide .....</b>	<b>87</b>
<b>Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykke om deltakelse i Masterprosjekt .....</b>	<b>91</b>
<b>Vedlegg 4 Godkjenning fra NSD .....</b>	<b>96</b>
<b>Vedlegg 5 Godkjenning fra FEK .....</b>	<b>101</b>
<b>Vedlegg 6 Oppsummering koder og underkategorier .....</b>	<b>102</b>



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bruk av video i helsetjenesten har vært praktisert i ulik grad senere år. I følge Kolstrup (2016) bruker 98% prosent av Norges befolkning internett. Videre sier han den internettbaserte video teknologien senere årene har utviklet seg fra å være komplisert studiobasert teknologi, til å bli noe som brukes av alle (Kolstrup, 2016). I spesialisthelsetjenesten er det forskjeller både nasjonalt og regionalt hvorvidt man har tatt det i bruk. Enkelte avdelinger på sykehus bruker det jevnlig, mens andre ikke praktiserer det. Ifølge Direktoratet for e-helse (2017a) forventer befolkningen å kunne ta i bruk ulike typer digitale tjenester for kontakt med helse- og omsorgssektoren. Ekeland (2019) mener at selv om digitale tjenester i helsevesenet er i konstant utvikling, er de ikke alltid tilgjengelig eller tilpasset medisinske, organisatoriske og menneskelige behov.

Pandemien, med Covid-19 har medført økt bruk og raskere implementering av videokonsultasjoner i helsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020a). Det er flere sykehus som har tilbudt videokonsultasjon siste året, for eksempel Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2020) og St.Olavs hospital HF (2020). Det er grunn til å tro at sektorens satsing på velferdsteknologiske løsninger vil føre til at dette får en ytterligere utbredelse (Direktoratet for e-helse, 2021a).

### 1.1.1 Avgrensninger

Prosjektet tar utgangspunkt i en tjeneste som tilbyr bruk av videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Det var ønskelig å finne ut om det er forsvarlig helsehjelp å møte pasienten uten anledning til å undersøke og ta på pasienten. Vil helsepersonell oppleve video som en likeverdig oppfølging, eller mister de viktig informasjon? Tidlig hjem er en tjeneste ved Nyfødt intensiv avdeling som tilbyr hjemreise til familier med oppfølging på video. Det var av interesse å undersøke hvilke fordeler og ulemper videokonsultasjon medfører for både helsepersonell og familien. Det ble vurdert som for omfattende å gjøre undersøkelse både fra pasientperspektivet og fra

helsepersonell sitt perspektiv. Derfor ble det gjort en avgrensning ved at det er helsepersonell sine erfaringer ved bruk av video i møte med familier som skal undersøkes.

### **1.1.2 Mål**

Det ble utformet to mål i forbindelse med gjennomføring av prosjektet.

- Å få innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har ved å følge opp familier med premature barn ved bruk av video.
- Prøve å finne ut om bruk av video har en nytteverdi, og eventuelt sammenligne det med eller i tillegg til ordinær oppfølging.

## **1.2 Forforståelse**

Man møter fenomener i verden med en forforståelse; kunnskaper og oppfatninger fra tidligere erfaringer (Johannessen et al., 2016). Som forsker, i dette tilfelle student, skiller ikke dette seg fra andre områder. Ifølge Johannessen et al. (2016) møter man de dataene og observasjonene som gjøres ut fra den forforståelsen man har. Dette vil påvirke de valgene som gjøres med å planlegge prosjektet. Et eksempel kan være utforming av en intervjuguide, hvilke spørsmål man ønsker å stille informantene (Johannessen et al., 2016).

### **1.2.1 Hypoteser**

Når det skal gjøres en vitenskapelig undersøkelse kan det innebære at man går inn på et ukjent område, og prøver å få svar på ubesvarte spørsmål (Johannessen et al., 2016). Dette kan formuleres som hypoteser. Begrepet hypotese er gresk og viser til noe som er antatt og foreløpig, og som vil kunne være en forklaring på et fenomen (Johannessen et al., 2016). Det er derfor en antakelse om sammenhenger mellom ulike fenomen som skal etterprøves empirisk gjennom innsamling av data. Når man

lager hypoteser i forkant av en undersøkelse, danner man seg et bilde på forhånd av det man kan forvente å finne (Johannessen et al., 2016).

Med bakgrunn i den forforståelse som forfatter har ble det satt opp to hypoteser i starten av prosjektet.

- Ved bruk av video til oppfølging av familier med premature barn, kan det være vanskelig å få like gode observasjoner av barnet som når man har fysisk kontakt.
- Når familier med premature barn får oppfølging ved bruk av video hjemme, fører det til at de kan dra tidligere hjem fra sykehus, noe som medfører økt ro og stabilitet i familien hjemme.

Det gjenstår etter prosjektets gjennomføring å se om disse hypotesene var relevante. Videre om de kan besvares, eventuelt motsies.

### **1.3 Avklaringer og begreper**

Det kan være utfordrende å skille en del ord og begreper innenfor fagfeltet digitale helsetjenester. Det eksisterer flere ulike begrep med til dels sammenfallende betydning. Her følger noen definisjoner av begreper som blir flittig brukt, og som er relevante i dette prosjektet.

**E-helse;** E-helse er bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Norske helsemyndigheters definisjon av e-helse samsvarer i stor grad med hvordan begrepet e-health benyttes internasjonalt (Store medisinske leksikon, 2019).

**Telemedisin;** Telemedisin er bruk av ulike former for teleteknologi og datakommunikasjon til medisinske formål. Det innebærer undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter, samt opplæring av pasienter og personell ved hjelp av systemer som gir umiddelbar tilgang til

ekspertise og informasjon om pasienten. Alt dette helt uavhengig av hvor pasienten eller den relevante informasjonen er geografisk lokalisert. Siden 2000 er begrepet telemedisin i økende grad blitt erstattet av begrepet e-helse (Store medisinske leksikon, 2019).

**Helsenettet;** Helsenettet er en sikker digital arena for alle aktører i helsesektoren, hvor du kan kommunisere og utveksle personopplysninger og pasientinformasjon på en trygg og lovlig måte (Norsk Helsenett, 2021).

**Medisinsk avstandsoppfølging;** Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle stedene hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk. Formålet er å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell (Helsedirektoratet, 2017).

**Videokonsultasjon;** Videokonsultasjon er en konsultasjonsform hvor pasient møter helsepersonell i sann tid uten fysisk oppmøte. 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 (Helsedirektoratet, 2019a).

**Velferdsteknologi;** Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Det er med å styrke den enkelte sin evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende, og forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (Helsedirektoratet, 2012).

I denne oppgaven vil begrepene videokonsultasjon, avstandsoppfølging og telemedisin bli brukt noe om hverandre.

## 1.4 Oppbygging av oppgaven

**Kapittel 1** er innledningen til oppgaven. Den beskriver kort om bakgrunnen for valg av tema, avgrensing, mål og forforståelse.

**Kapittel 2** inneholder problemanalysen hvor det beskrives hvilke problemstillinger som har vært relevante. Her vil problemformulering presenteres.

**Kapittel 3** tar for seg relevant teori innenfor temaet, nasjonale retningslinjer og personvern. Aktuelt teoretisk rammeverk som benyttes blir beskrevet.

**Kapittel 4** beskriver metodedelen av prosjektet. Her blir det redegjort for valgt metode og fremgangsmåte.

**Kapittel 5** presenterer funn og analysedelen av prosjektet.

**Kapittel 6** blir funnene diskutert opp mot relevant teori og rammeverket som er brukt.

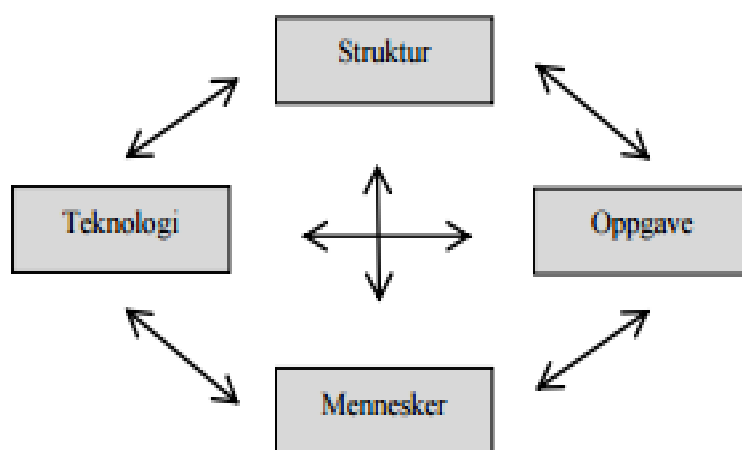
**Kapittel 7** gjør en oppsummering og konkluderer ut fra funnene i prosjektet.

## 2. Problemanalyse

Virksomheter som tar i bruk videoløsning skal sørge for gode rutiner for å bruke video, blant annet gi informasjon til pasient/bruker (Direktoratet for e-helse, 2020b). Det ble utformet tankekart for å se sammenhengen mellom helsepersonell, teknologi, organisering og pasient/pårørende. Dette ble gjort med utgangspunkt i Leavitts modell (Leavitt, 1965).

### 2.1 Leavitts diamant

Ulike modeller blir brukt i beskrivelse av hvordan organisasjoner fungerer. En av disse heter Leavitts diamant eller modell, og er laget av Harold J. Leavitt (1965). Den deler organisasjoner inn i 4 grunnelementer; teknologi, struktur, mennesker og oppgaver (jfr. Figur 1). Leavitt hevder disse elementene henger tett sammen, og at endring i et av elementene påvirker hele organisasjonen (Jacobsen, 2018). I dette prosjektet vil elementet "oppgaver" være bruk av video. Problemanalysen vil derfor omhandle de tre andre elementene; teknologiske, organisatoriske og individuelle faktorer som påvirker gjennomføringen av videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten.



Figur 1. Leavitts modell med de sentrale elementene i en organisasjon (Jacobsen, 2018)

### 2.1.1 Teknologiaspektet

Direktoratet for e-helse (2017a) har utarbeidet et dokument som heter Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022. Der er det beskrevet at tilgjengelig digital teknologi har potensial til å forandre hvordan helse- og omsorgstjenester leveres. Ved å ta i bruk mer teknologi, reduserer man behovet for fysisk oppmøte og øker kvaliteten på tjenestene. Et av hovedmålene var at velferdsteknologi skulle være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020 (Direktoratet for e-helse, 2017a).

Hvis et sykehus skal tilby videokonsultasjon må avdelingen ha nødvendig og riktig utstyr. I denne sammenhengen vil det si å kunne koble opp og gjennomføre en videosamtale på en sikker måte. Det må være en datamaskin som har skjerm med god lyd- og bildekvalitet. I tillegg må det være et system som er godkjent sikkerhetsmessig med tanke på personvern. Tilgang på dette utstyret vil variere på de ulike avdelingene og i de ulike miljøene. Enkelte steder vil det være tilrettelagt med egne rom på avdelingen, mens andre må forflytte seg et stykke unna selve arbeidsstedet. For helsepersonell i en travel hverdag vil dette kunne ha betydning.

Ved å gi god opplæring til alle som skal ta i bruk video vil det sannsynligvis bli lettere for den enkelte å ta det i bruk. I rapporten til Das et al. (2018) konkluderer de med at etter hvert som tiden går, blir befolkningen mer erfarne og kjent med aktuell teknologi som benyttes. Dersom teknologien gjøres brukervennlig, vil det påvirke muligheten for å lykkes med implementeringen. Studier har vist at opplevelsen ved bruk av teknologi blant pasienter kan være varierende (Jenssen et al., 2015). Der kom det blant annet frem at systemet hadde dårlig funksjonalitet i tillegg til andre faktorer som begrenser bruken. Jenssen et al. (2015) sier det også dukket opp spørsmål om sikkerhet rundt systemet. Når det gjelder sikkerhetstiltak, skal de hindre at uautoriserte får tilgang til helse- og personopplysninger. Dette kan løses ved adgangskontroll av lokaler med utstyr og ved at utstyret sikres mot misbruk eller uautorisert innsyn (Direktoratet for e-helse, 2020d).

### **2.1.2 Organisasjon- og ledelsesaspektet**

Når en organisasjon skal endre eller tilføre en ny måte å utøve en tjeneste på, er det flere faktorer som er avgjørende for å lykkes. Blant annet er det avhengig av en forankring i organisasjonen. Dersom en avdeling på sykehus skal ta i bruk videokonsultasjon i pasientoppfølging må det legges til rette for de ansatte. Ledelsen må ha et ønske om denne endringen og sammen med de ansatte planlegge nye arbeidsmetoder. Det må være en felles forståelse, og et ønske både fra ledelsen og de ansatte om å ta dette verktøyet i bruk.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 er det et mål at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, og i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv (Direktoratet for e-helse, 2020b). Det må derfor legges til rette ved den enkelte avdeling for å imøtekomme dette målet. Bruk av videokonsultasjon vil kunne tilby likeverdige tjenester uavhengig av de geografiske forholdene. I regioner med store geografiske avstander vil dette kunne bidra til å redusere kostnader med lang reisevei og unødvendig fravær (Direktoratet for e-helse, 2020b). Det er viktig at pasienter skal oppleve kontinuitet, og bli ivaretatt ved bruk av video. I følge en rapport fra Sintef (2018) vil det være avgjørende med strukturert dokumentasjon og prosedyrer hvordan man følger opp pasienter (Das et al., 2018). Videre sier den at det er sentralt med god kommunikasjon mellom involvert helsepersonell. Der kan en teambasert organisering bidra til en helhetlig tilnærming til pasienten (Das et al., 2018).

Dersom innføring av videokonsultasjon skal lykkes, er det mange faktorer som må bli ivaretatt. Ved hjelp av Leavitt (1965) sin modell vises bredden av disse ulike faktorene. For at medisinsk avstandsoppfølging skal tilbys som del av behandlingstjenesten er det nødvendig med planlegging, tilgjengelig ressurser, utstyr, opplæring og oppfølging (Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet, 2019). Normens veiledere, faktaark og kompetansehevende aktiviteter må møte tjenestenes behov for råd og veiledning innen personvern og informasjonssikkerhet (Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet, 2019).



Innføring av nye digitale tjenester blir ofte startet som prosjekt. Og man erfarer at når prosjektperioden er over, avsluttes tjenesten. Når man skal innføre ny teknologi må man se den i sammenheng med det sosiale systemet og organisasjonen for øvrig (Aanestad & Olaussen, 2010). For å implementere en ny tjeneste, kan man med fordel se det som en endring av arbeidsprosesser. Når det skal gjennomføres en endring på en sykehusavdeling er man avhengig av delaktige ledere (Jacobsen & Thorsvik, 2019). De viser til ulike måter å gjennomføre endringer på, og hvordan man kan tilnærme seg og planlegge endringsprosesser på en arbeidsplass (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Selv om det finnes mange strategier, så hevder de at det er lederne som er avgjørende. De sier at ledelse nesten er gjort synonymt med endring (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

### **2.1.3 Individaspektet**

Med utgangspunkt i Leavitts modell som omhandler elementet individ, er det i dette prosjektet naturlig å dele det i to; helsepersonell og pasient/bruker.

#### **2.1.3.1 Helsepersonell sitt perspektiv**

Det kan by på utfordringer når helsepersonell tar i bruk digitale verktøy som video i pasientbehandlingen. Holdninger den enkelte går inn i dette med, kan påvirke behandlingen og oppfølgingen som gis. Det vil åpenbart være en endring i arbeidsmetode for det enkelte helsepersonell, og det vil være ulikt hvordan man opplever dette. En annen faktor som spiller inn, er hvor mye det enkelte helsepersonell benytter seg av digitale verktøy i det daglige.

Sligo et al. (2017) beskriver i sin studie at helsepersonell som har erfaring med teknologi fra tidligere, samt vurderer egen IKT-kompetanse som god, har lettere for å ta i bruk nye digitale systemer. Selv om bruk av video er kjent for mange i andre sammenhenger, kan det være krevende og nytt å ta det i bruk i pasientbehandlingen. Det eksisterer mye kunnskap om telemedisin i Norge, men likevel relativt få løsninger er blitt implementert i helsetjenesten. Hauge (2017) sier det er mye som tyder på at deler av dagens ansikt til ansikt - konsultasjoner vil bli erstattet av videokonsultasjoner i fremtiden. En forutsetning er at de ansatte får anledning til å sette seg inn i det nye systemet som skal tas i bruk. Det innebærer

tilrettelegging av arbeidssituasjonen med opplæring, lederstøtte og tydelige prosedyrer hvordan videokonsultasjon skal gjennomføres. Herunder blir det viktig at prosedyrene følger de kravene som gjelder i forhold til samtykke og personvern (Direktoratet for e-helse, 2020d).

Når helsetjenesten tilbys ved bruk video er det interessant å finne ut om det er samme kvalitet som ved ordinær oppfølging. For at helsepersonell skal kunne gjøre observasjoner og vurderinger av pasienter på avstand, må de ha visse ferdigheter når det gjelder digital kommunikasjon (Das et al., 2018). De bør ha en helsefaglig grunnkompetanse og en særskilt kompetanse på den pasientgruppen som de følger opp på avstand (Das et al., 2018).

### **2.1.3.2 Pasient/bruker sitt perspektiv**

Tidligere var pasienter passive mottakere av helsetjenester. I dag er pasienter mer delaktig og involvert i egen helse og behandling. Das et al. (2018) hevder dette blant annet har sammenheng med den teknologiske utviklingen, organisatoriske endringer og politiske føringer. Det må være noen forutsetninger til stede for at pasientene skal kunne ha konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv (Direktoratet for e-helse, 2020b). Det kan innebære nødvendig utstyr til å gjennomføre videokonsultasjon. Helsepersonelloven sine regler om taushetsplikt vil være styrende for selve samtalen og behandling av informasjon som fremkommer under samtalen, på samme måte som ved fysisk oppmøte (Direktoratet for e-helse, 2020c).

Ved å tilby avstandsoppfølging kan man i større grad tilrettelegge for at brukerne kan utnytte egne ressurser. Dette ved at de blir mer delaktig i planlegging og gjennomføring av egen behandling (Direktoratet for e-helse, 2020b). Formålet er å skape trygghet for mennesker med helseutfordringer, ved å bruke teknologi til å skape samhandling i helsehjelpen til den enkelte. Pasientene kan på den måten få muligheter til økt mestring av eget liv og helse (Direktoratet for e-helse, 2020b). Kunnskap er en grunnleggende faktor for mer aktive og involverte brukere ifølge Das et al. (2018). Videre mener de at kunnskap om egen helsesituasjon vil bidra til bedre helse, mestring og livskvalitet (Das et al., 2018). De konkluderer i rapporten at for å

få nytteeffekt av medisinsk avstandsoppfølging, er det behov for god pasientopplæring relatert til sykdom og selvmonitorering ved hjelp av teknologi (Das et al., 2018). Dersom en løsning ikke tilfredsstillende de individuelle behovene man har, kan det medføre at brukeren ikke ser nytteverdien i tjenesten og dermed mister motivasjonen til å bruke den (Das et al., 2018). I studien til Robinson et al. (2016) kom det frem at familiene opplever økt trygghet med å bli fulgt opp via videokonsultasjon. Foreldrene erfarte stor nytteverdi og det reduserte behovet for konsultasjoner på sykehus (Robinson et al., 2016).

## **2.2 Problemstilling**

Det er nå gjennomført en problemanalyse med utgangspunkt i tre av de fire elementene i Leavitts modell (1965); teknologi, struktur og mennesker. Disse tre sammen med oppgaver danner som tidligere nevnt hele modellen til Leavitt. Den viser hvordan de ulike elementene henger sammen og påvirker hverandre. Det er derfor utfra denne problemanalysen kommet frem til følgende problemstilling:

*“Hvilke erfaringer har spesialsykepleiere med å bruke videokonsultasjon i oppfølging av premature barn?”*

### 3. Teori

Ved gjennomføring av prosjekter blir det gjerne brukt en teoretisk referanseramme. Dette går hånd i hånd med data/empiri ved empirisk forskning (Johannessen et al., 2016). I samfunnsvitenskapelig forskning er det et mål å integrere teori og empiri. Noen hevder teorier uten empirisk understøtte lett kan bli spekulasjoner (Johannessen et al., 2016). Videre hevder Johannessen et al. (2016) at empiriske undersøkelser uten en teoretisk referanseramme kan bli isolerte beskrivelser av enkeltfenomener. Dette igjen vil ha begrenset verdi, og gir liten ny innsikt til å forstå samfunnsmessige fenomener (Johannessen et al., 2016). Teorier kan hjelpe oss til å forstå og forklare ulike fenomener, men vil ikke dekke alle aspekter fullt ut (Lund & Haugen, 2006).

I dette kapitlet blir noen av de nasjonale strategiene og handlingsplanene innenfor medisinsk avstandsoppfølging presentert. Tjenesten som skal undersøkes, *Tidlig hjem oppfølging* ved Nyfødt intensiv avdeling, vil også bli beskrevet.

For å belyse problemstillingen og som bakgrunn for undersøkelsen, er det benyttet en modell for brukeraksept. Unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) er en teori som sier noe om hvilke elementer som må være til stede for å oppnå en intensjon, i dette tilfellet om å bruke videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten (Venkatesh et al., 2003). Modellen vil bli redegjort for senere i dette kapitlet.

#### 3.1 Nasjonale strategier og handlingsplaner

Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet (2019) har i sin sluttrapport angående medisinsk avstandsoppfølging tatt utgangspunkt i målbildet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)). Det foreslås å gi prioritet til digital hjemmeoppfølging, e-konsultasjon og nettbasert behandling frem til 2023 (Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet, 2019). Disse vil omfatte digitale verktøy til diagnostikk, behandling og oppfølging. Ut fra dette bli det en nasjonal tilrettelegging av utstyr til pasientens egenmålinger, digital behandling, kommunikasjonsløsninger med video/tekst/bilde og nettbaserte

selvhjelpsløsninger (Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet, 2019).

Gjennom medisinsk avstandsoppfølging vektlegges det å ha en diagnosenøytral tilnærming, for å kunne ivareta alle behov. Pasienter med flere diagnoser og sammensatt tjenestebehov vil være en del av dette (Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet, 2019). E-helse er en forutsetning for å løse de store utfordringene man har i helsetjenesten i Norge ifølge Nasjonal e-Helsestrategi 2017–2022 (Direktoratet for e-helse 2017a). Et av målene er at den digitale samhandlingen skal videreutvikles. Dette bygger videre på Meld. St. 9 (2012–2013) angående regjeringens mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Et sentralt innsatsområde i plan for e-helse 2019-2022 (Direktoratet for e-helse 2017b) er å bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger. Det kan være å teste ut ulike former for digitale verktøy og digital dialog for felles planlegging av pasientforløp. Dersom det tas i bruk dynamiske verktøy for kommunikasjon på tvers av omsorgsnivåene, bidrar det til mer helhetlige planer (Direktoratet for e-helse, 2017b).

### **3.1.1 Informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren**

Informasjonssikkerhet handler om å håndtere risiko relatert til informasjon og behandling av personopplysninger (Direktoratet for e-Helse, 2020d). Normen (Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren) er en bransjenorm som er utarbeidet og forvaltes av organisasjoner og virksomheter i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-Helse, 2020d). Normen skal bidra til informasjonssikkerhet og personvern hos den enkelte virksomhet på en tilfredsstillende måte. I tillegg bistår den til at de ulike virksomhetene har gjensidig tillit til hverandre (Direktoratet for e-Helse, 2020d). God informasjonssikkerhet er viktig for å kunne utøve forsvarlige og gode helsetjenester (Direktoratet for e-Helse, 2020d). Det er avgjørende med god pasientsikkerhet, kvalitetssikring, helsepersonellens læring, godt personvern og pasientens helsetjeneste. Dette gjelder særlig ved utvikling og innføring av ny teknologi i helsetjenesten (Direktoratet for e-Helse, 2020d).

Ved innføring av velferdsteknologi, herunder medisinsk avstandsoppfølging i helse- og omsorgstjenesten, har det vært behov for en veileder rettet mot informasjonssikkerhet for velferdsteknologi. På bakgrunn av dette ble det laget en veileder som støttedokument under Normen (Direktoratet for e-Helse, 2020e). Denne veilederen har fokus på informasjonssikkerhet i forhold til utprøving, anskaffelse, drift og avvikling av velferdsteknologiske løsninger (Direktoratet for e-helse, 2020e). Direktoratet for e-helse (2021a) har i tillegg utarbeidet en veileder som skal bidra til at bruk av video, lyd og bilde skjer i samsvar med gjeldende krav til personvern og informasjonssikkerhet. Denne veilederen skal være et praktisk hjelpemiddel for virksomhetene (Direktoratet for e-helse, 2021a)

### **3.2 Digitale helsetjenester**

Digitale helsetjenester har vært i stor utvikling både internasjonalt og nasjonalt over lang tid. I Norge ble det i 1993 etablert Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, NST (Hartvigsen & Pedersen, 2015). Senteret har vært endret og omorganisert i løpet av årene, og ble i 2015 nedlagt. Et år senere ble Nasjonalt senter for e-helseforskning etablert. Senteret skal bidra til kunnskapsbasert utvikling på e-helsefeltet gjennom samarbeid, forskning og kunnskapsformidling (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020).

I 2016 ble Direktoratet for e-helse opprettet, på bakgrunn av behov for sterkere nasjonal styring og bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2021b). Etableringen skulle gi økt nasjonal satsing på digitalisering i helsetjenesten for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet. Videre var det mål om bedre samhandling mellom de ulike partene i tjenesten, og en mer aktiv pasientrolle (Direktoratet for e-helse 2021b). De nasjonale e-helseløsningene som e-resept, kjernejournal, grunndata og helsenorge.no ble i 2020 overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett (NHN). Bakgrunnen var et helsepolitisk mål om bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av ressursene (Direktoratet for e-helse, 2021b). Organiseringen av e-helseområdet vil forsterke rollen til Direktoratet for e-helse som en styresmakt, mens NHN er en nasjonal leverandør av tjenester for helsesektoren (Direktoratet for e-helse, 2021b). Det er et overordnet mål gjennom

Meld. St. nr. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 at det skal tilrettelegges for bruk av teknologi i pasientens helsetjeneste. Dette innebærer at helsehjelp som tidligere krevde oppmøte nå kan tilbys gjennom videokonsultasjon. Medisinsk avstandsoppfølging bør gis en sentral plass i helsetjenesten for å oppnå den fremtidige helsetjeneste som er ønskelig (Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet, 2019).

### **3.2.1 Videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten**

Ved implementering av digitale verktøy utgjør selve teknologien rundt 20 prosent, mens hoveddelen er endringer av arbeidsprosesser (Helsedirektoratet, 2012). Vellykket implementering er ikke kun et spørsmål om teknologiske løsninger, men i langt større grad hvordan teknologien innarbeides som et verktøy i tjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Det innebærer at om en avdeling på et sykehus har utstyr til å kunne gjennomføre videokonsultasjon så er ikke det nok. Det er flere faktorer å ta hensyn til.

Enkelte sykehus har tatt i bruk videokonsultasjon på eget initiativ. Sunnaas sykehus HF (2021) er et av sykehusene som har tilbudt denne tjenesten til sine pasienter. Det har tidligere vært opp til det enkelte helseforetak, eventuelt den enkelte sykehusavdeling å ta videokonsultasjon i bruk. Direktoratet for e-helse (2017b) har mål om å få en felles grunnmur for digitale tjenester, inkludert videokonsultasjon, som kan bidra til å legge til rette for økt innovasjon.

Det er gjennomført ulike studier som har undersøkt pasienter sin opplevelse av bruk av videokonsultasjon. Gardner et al. (2015) viser at det er økende interesse for helsetjenester via video, men det er fortsatt noen hindringer for å få det implementert. Videre viste studien at det er økt motivasjon hos pasienter til å motta tjenester på video dersom det er lang reisevei til sykehus (Gardner et al., 2015). Ekeland et al. (2018) hevder bruk av video i helsevesenet er mer variert enn man tror, og det kan være vanskelig å generalisere fordeler og ulemper. De hevder det er viktig å identifisere hvem som har nytte av videokonsultasjon, slik at de kan tilbys der tjenesten fungerer best (Ekeland et al., 2018). I et lokalsamfunn med få spesialiserte helsetjenester kan det være behov å hente ekspert utenfra (Ekeland et al., 2018).

Det kan da være fordel å bruke video for at pasienter skal slippe lange reiser til større sykehus. På denne måten kommer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten via video (Ekeland et al., 2018).

### **3.2.2 Hjemmesykehus**

I forbindelse med utvikling av medisinsk avstandsoppfølging har enkelte sykehus startet med hjemmesykehus (Hernæs, 2020a). Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus (Folkehelseinstituttet, 2017). Tilbudet gis til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme (Folkehelseinstituttet, 2017). En ambulerende hjemmetjeneste til nyfødte er utviklet og etablert ved flere sykehus i hele verden, også i Norge (Lund et al., 2020).

I senere tid er det opprettet virtuelle hjemmesykehus. Enkelte sykehus har startet innovasjonsprosjekt for å følge opp pasienter i hjemmet slik at de kan skrives tidligere ut fra sykehuset (Boysen, 2019). Dette er en del av det å skape pasientens helsetjeneste, der bruk av ny teknologi og digitalisering er et viktig verktøy (Boysen, 2019). Sykehuset i Vestfold HF (2020) er blant de som har startet et innovasjonsprosjekt som omfatter virtuelt hjemmesykehus. Planen er at premature og syke nyfødte barn kan reise tidligere hjem og fortsatt være under oppfølging av sykehuset via digital kommunikasjon (Sykehuset i Vestfold HF, 2020).

### **3.2.3 Tidlig hjem**

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2019) er det etablert et tilbud som heter *Tidlig hjem*. Det er en tjeneste der man bruker videokonsultasjon i oppfølging av familier med for tidlig fødte barn. Familien kan dra tidligere hjem enn de ville kunne gjort uten denne oppfølgingen. Alternativet er et lengre sykehusopphold for hele familien (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2019).

*Tidlig hjem* er et tilbud for familier som har barn i en spisetreningsfase, eller for barn som har spesielle behov og ikke trenger overvåkning lenger (Universitetssykehuset



Nord-Norge HF, 2019). Disse familiene kan få tilbud om tidlig hjemreise, og bli fulgt opp med videokonsultasjoner av erfarne spesialsykepleiere. Dette er et frivillig tilbud som gjelder i en avgrenset periode for den enkelte familie (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2019).

De ansatte som følger opp familiene erfarer at familiene har det godt hjemme (Lund et al., 2020). Tilbakemeldingene fra familiene er at de er glade for å komme hjem, og de er fornøyde med veiledningen de får. Videre kommer det frem at det fungerer fint med lyd og bilde på videokonsultasjonene (Lund et al., 2020). Nyfødt intensiv avdeling har ansvaret for en stor og langstrakt region. Avstanden kan oppleves belastende for familier som må splittes over en lengre periode. Tidlig hjem gir familien mulighet til å være samlet hjemme, i trygge og vante omgivelser (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2019).

### **3.3 Premature barn**

Når man omtaler premature barn vil det si barn som fødes før utgangen av svangerskapets uke 37 (Norsk Helseinformatikk, 2019). Det er omtrent 7,5 prosent av alle svangerskap som ender med for tidlig fødsel, og andelen barn som overlever ved for tidlig fødsel har steget raskt de siste tiårene (Norsk Helseinformatikk, 2019). Barn som er for tidlig fødte og deres familier bør ifølge Helsedirektoratet (2007) tilbys en mer omfattende og målrettet oppfølging enn barn som er født til rett tid. Omfanget vil være avhengig av grad av prematuritet og komplikasjoner knyttet til for tidlig fødsel og nyfødtperiode (Helsedirektoratet, 2007).

Det å få et prematurt barn oppleves uforutsigbart for mange foreldre, planene endrer seg og fremtiden blir usikker (Jackson & Wigert, 2013). Ifølge Norsk Helseinformatikk (2019) vil fremtidsutsiktene i stor grad være avhengig av hvor mye for tidlig barnet er født, og hvor mye det veide ved fødselen. For de fleste premature barn vil utviklingen foregå som normalt (Norsk Helseinformatikk, 2019). Selv om premature barn ikke opplever problemer på nyfødtavdelingen, kan de ha behov for ekstra oppfølging senere (Norsk Helseinformatikk, 2019).

### 3.3.1 Familiesentrert omsorg

Det å få et prematurt barn innebærer ofte større grad av stress og usikkerhet omkring foreldrerollen enn å få et fullbåret barn (Helsedirektoratet, 2007). Det er grunn til å tro at et redusert stressnivå medfører økt trygghet i foreldrerollen. Videre medfører det bedre omsorgsutøvelse og dermed gunstigere forhold for barnets utvikling (Helsedirektoratet, 2007). Helsedirektoratet (2019b) anbefaler at foreldre bør få tilbud om jevnlig samtaler med personalet i nyfødtavdelingene. Disse samtalenene bør inneholde informasjon og diskusjon om barnets tilstand og behandlingen som gis (Helsedirektoratet, 2019b). Foreldrene sin rolle hos premature barn har stor betydning. Jiang et al. (2014) viser til at for å oppnå best mulig resultater bør foreldrene integreres i omsorgsutøvelsen på Nyfødt intensiv avdelingen. Dette kan være vanskelig å få til i praksis på en sykehusavdeling der man vet sykepleierne ofte har hovedansvaret. En familiesentrert omsorgsmodell endrer på disse rollene. Det vil si foreldrene har hovedansvaret for barnet sitt i stedet for helsepersonell på avdelingen (Jiang et al., 2014). Det finnes avdelinger der det kan være vanskelig å få praktisert familiesentrert omsorg, en årsak kan være plassmangel på avdelingen. Da kan det bli bedre om familien følges opp via videokonsultasjon, slik som *Tidlig hjem* (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2019). Flere studier, blant annet Lindberg et al., (2009) viser at det å kunne dra hjem med digital oppfølging bidrar til en mer familiesentrert omsorg. Garne Holm et al. (2019) hevder at når foreldrene blir hovedansvarlig for omsorgen til barnet, styrker det forholdet mellom foreldre og spedbarn.

### 3.4 Pandemi

Da pandemien Covid-19 kom til Norge i 2020 endret det samfunnet på flere måter, inkludert helsetjenesten. Direktoratet for e-helse (2020f) anbefalte kommunene å ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene for å avhjelpe utfordringene. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har utarbeidet en kvikk-guide for de tjenestene som har fått i oppdrag å innføre videokommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten (KS, Direktoratet for e-helse & Helsedirektoratet, 2020). Direktoratet for e-helse (2020f) sin hovedanbefaling var at man som helsepersonell

benyttet seg av en videoløsning som allerede var i bruk i helsetjenesten. De laget en oversikt med praktiske råd til helsepersonell om hvordan bruke video på best mulig måte (Direktoratet for e-helse, 2020f).

### 3.5 Tidligere forskning

Oppfølging til familier med premature barn ved bruk av videokonsultasjon er relativt nytt i Norge. For å gjennomføre videokonsultasjoner hjemme må den enkelte ha internetttilgang og bærbart utstyr. Det startet opp i 2019 og naturligvis er det lite forskning på dette enda. Det finnes lignende tilbud i andre land, blant annet Danmark, som *Tidlig hjem* er inspirert av. Det er gjennomført enkelte studier på tilsvarende tjenester som skal beskrives nærmere.

Robinson et al. (2016) viser i en randomisert studie fra Sverige at foreldrene til nyfødte var svært fornøyde med oppfølging ved bruk av video. Sykepleierne vurderte også dette som et gunstig tilbud, men så et stort potensial for forbedring. Det handlet blant annet om organisering og rutiner. Videre viser de til at bruk av telemedisin reduserte behovet for både planlagte og akutte innleggelser på sykehuset (Robinson et al., 2016). Som en konsekvens medfører telemedisin til mer effektiv bruk av helseressurser (Robinson et al., 2016). Ressursbesparende i form av tid og økonomi har også andre sett på, Rasmussen et al. (2019) gjennomførte en kostnadsanalyse i Danmark. Den viste at oppfølging ved bruk av telemedisin var mindre kostbart sammenlignet med vanlig sykehusbehandling, spesielt for spedbarn født med svangerskapsalder i/under 32 uker. De vurderte det som en god modell for oppfølging til familier med premature barn, med hensyn til god kvalitet og rimeligere tjeneste (Rasmussen et al. 2019).

En vesentlig grunn for at familier med premature barn skal få komme tidligere hjem, er at familien skal kunne være samlet. Garne et al. (2016) hevder telemedisin bidrar til at foreldrene opplever trygghet ved å få veiledning hjemme samtidig som de er samlet som familie. I tillegg sier de behovene foreldrene hadde i form av samtaler og veiledning, kunne dekkes ved bruk av telemedisin (Garne et al., 2016). Målsettingen for oppfølging av premature barn er å tilrettelegge for en familiesentrert omsorg. I

studien til Holm et al. (2018) mener de at bruk av telemedisin til familier med premature barn, gir økt mulighet for familiesentrert omsorg. Det var lettere å tilrettelegge for at foreldrene fikk være hovedomsorgsgiver, noe som kan være vanskelig når man er innlagt på en sykehusavdeling (Holm et al., 2018).

Hägi-Pedersen et al. (2020) viser til andre studier at bruk av videokonsultasjon i oppfølging av familier med premature barn fungerer godt. Likevel hevder de det er mangel på kunnskap om hvordan kommunikasjonen utfolder seg under selve konsultasjonen (Hägi-Pedersen et al., 2020). Derfor gjennomførte de en observasjonsstudie av videokonsultasjoner mellom sykepleier og familie. Hovedfunnet var at oppfølgingen var et godt tilbud, og familiene var fornøyde med å være hjemme. På den andre siden oppdaget Hägi-Pedersen et al. (2020) at konsultasjonene var påvirket av en del forstyrrelser. Dette gjorde det vanskelig å være fokusert. De så behov for opplæring i videokommunikasjon og måten å tilby tjenester på (Hägi-Pedersen et al., 2020). Videre så de behov for en forbedring ved det tekniske utstyret. Det gjaldt blant annet stabilitet og bedre skjermer og enheter for å få bedre visuell kontakt (Hägi-Pedersen et al., 2020).

### **3.6 Teoretisk rammeverk**

Å velge en teoretisk modell bidrar til bedre struktur og forståelse av temaet som skal undersøkes. Man prøver å få en forståelse av et fenomen fra en spesiell synsvinkel (Johannessen et al., 2016). Teorien fungerer som "briller", som bidrar til å oppfatte virkeligheten på en bestemt måte (Lund & Haugen, 2006). Den ligger også til grunn for utvikling og utforming av datainnsamlingsverktøyet som beskrives nærmere i kapittel 4.0 om metode. I dette prosjektet ble UTAUT (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology) valgt som teoretisk rammeverk (Venkatesh et al., 2003).

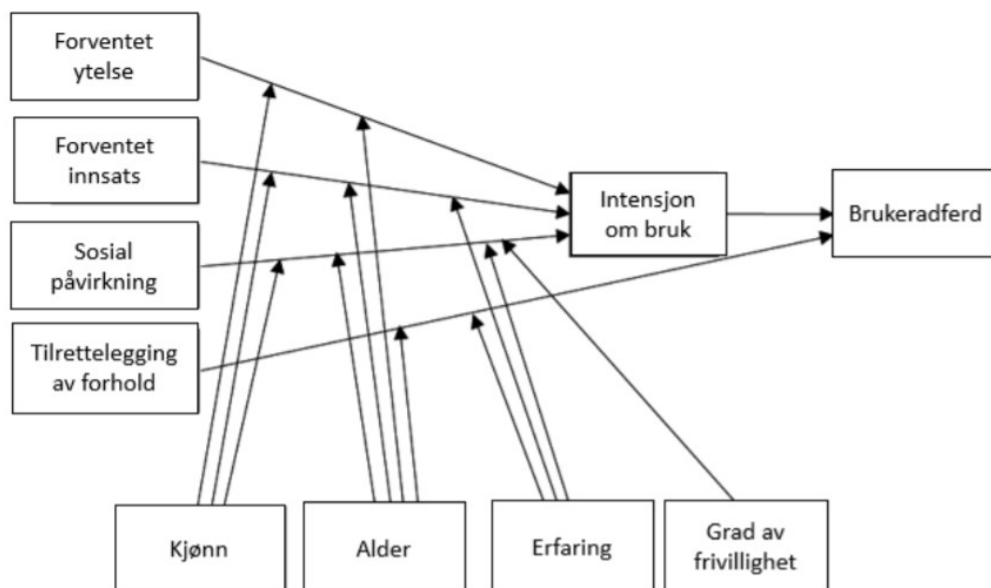
#### **3.6.1 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)**

UTAUT er en teoretisk modell utviklet av Venkatesh et al. (2003), som prøver å forklare menneskers og organisasjoners bruk av informasjonsteknologi. Her står brukerksept og intensjon om bruk sentralt. Modellen oppstod som resultat av en

empirisk sammenligning av de åtte mest kjente modellene for brukeraksept (Venkatesh et al., 2003). Ved testing anslås UTAUT å forklare 70 prosent av variasjonene på intensjon om bruk, og ca. 50 prosent av variasjon i bruk av teknologi. Noe de selv beskriver som en betydelig forbedring sammenlignet med de åtte andre modellene (Venkatesh et al., 2003). Andre studier har også gitt empirisk støtte for modellen (Li et al., 2013; Liu et al., 2015).

UTAUT-modellen prøver å forklare hva som bidrar til brukeraksept av ny teknologi gjennom fire kategorier; nytteverdi, forventet innsats, sosial påvirkning og tilrettelegging av forhold. Nytteverdi, forventet innsats og sosial påvirkning antas å ha direkte påvirkning på intensjon om bruk, mens både fasiliterende betingelser og intensjon om bruk antas å ha direkte påvirkning på bruk av teknologi (Venkatesh et al., 2003). I tillegg identifiserer de fire variabler som på ulik måte modererer effekt av kategoriene; kjønn, alder, erfaring og grad av frivillighet (Venkatesh et al., 2003). Sammenhenger og relasjoner mellom kategoriene i modellen, samt moderatoreffekter vises i figuren under (figur 2).

De fire ulike kategoriene blir beskrevet nærmere i de følgende avsnittene.



Figur 2. Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (Venkatesh et al., 2003), oversatt til norsk (Haukom & Petterson, 2019).

### **3.6.1.1 Nytteverdi (Performance Expectancy)**

Kategorien nytteverdi beskrives som hvilken grad bruk av en teknologisk løsning gir fordeler i utførelsen av arbeidsoppgaver (Venkatesh et al., 2003). Det handler om den enkelte tror teknologien vil gi en gevinst. Eksempler kan være forbedring av ytelse på jobb, økt produktivitet eller øke sjansen for lønnsøkning (Venkatesh et al., 2003). Det kan også innebære å utføre oppgavene på en enklere måte.

Arbeidsoppgavene vil bli gjennomført på en mer hensiktsmessig måte og redusere tidsbruken (Venkatesh et al., 2003). Videre er det beskrevet at nytteverdi har en betydning for den enkeltes intensjon om å bruke teknologi, det gjelder intensjon ved både frivillig og påtvunget bruk. Ifølge UTAUT vil nytteverdien bli moderert av kjønn og alder (Venkatesh et al., 2003). Det er antatt at nytteverdi er den kategorien som har vist sterkest sammenheng med brukeraksept (Li et al., 2013; Liu et al., 2015).

### **3.6.1.2 Forventet innsats (Effort Expectancy)**

Forventet innsats beskriver hvilken grad teknologien eller systemet oppfattes som lett eller vanskelig å forstå eller å bruke, såkalt brukervennlighet (Venkatesh et al., 2003). Om systemet er lett å lære og enkelt å ta i bruk, vil det kreve mindre av den enkelte. Det gjelder i forhold til opplæring, grad av innsats, tid og ressurser en person forventer å legge i det å bruke en ny teknologi (Venkatesh et al., 2003). Ulike studier viser at forventet innsats har en middels sterk effekt på brukeraksept (Khechine et al., 2016; Williams et al., 2015). Dersom et system oppleves som lett å bruke, medfører det at intensjonen om å bruke systemet styrkes (Venkatesh et al., 2003). Når den enkelte nylig har fått opplæring av en teknologisk løsning, oppleves betydningen av brukervennlighet størst. Etter hvert som man får mer erfaring i å bruke systemet vil dette få mindre betydning (Venkatesh et al., 2003). Kategorien forventet innsats påvirkes ikke i større grad om systemet er frivillig eller obligatorisk å bruke (Venkatesh et al., 2003). Videre sier teorien at moderatorene kjønn, alder og erfaring har betydning for opplevelsen av denne kategorien. Brukervennlighet sies også å bety mer for kvinner enn for menn, og mer for eldre enn yngre (Venkatesh et al., 2003).

### **3.6.1.3 Sosial påvirkning (Social Influence)**

Sosial påvirkning handler om hvordan en person sin omgangskrets påvirker den enkelte til å ta i bruk et teknologisk system (Venkatesh et al., 2003). Det kan være de den enkelte ser på som viktige personer i sine sosiale omgivelser; familie, venner, kollegaer og ledere. Dersom disse er positive til å ta i bruk ny teknologi, vil dette ha betydning for den enkelte sin motivasjon til å ta den aktuelle teknologien i bruk (Venkatesh et al., 2012). Kategorien sosial påvirkning har innflytelse på den individuelle adferden. Venkatesh et al. (2003) hevder at brukeratferd påvirkes mest av hvordan en person tror at andre vil se på dem, etter at de har tatt i bruk teknologien. Studier viser at noen effekter kommer fra etterlevelse i en påtvingen sammenheng, noe som gjør at sosial påvirkning har en direkte innflytelse på intensjon om bruk (Venkatesh et al., 2003). Etterlevelse handler dermed om å endre sine egne intensjoner som følge av et sosialt press. Når det skjer en slik endring blir den enkelte mer mottakelig for å ta i bruk teknologi som potensielt øker den sosiale statusen (Venkatesh et al., 2003). Sosial påvirkning modereres av kjønn, alder og erfaring (Venkatesh et al., 2003).

### **3.6.1.4 Fasiliterende betingelser (Facilitating Conditions)**

Kategorien fasiliterende betingelser omhandler hvordan støtte og teknologiske ressurser oppfattes av den enkelte (Venkatesh et al., 2003). Det vil si hvordan forholdene er lagt til rette for å bruke systemet. Dette gjelder brukerstøtte, utstyr, opplæring, IKT-kunnskap og lignende. Det har også sammenheng med om systemet passer inn i gjeldende arbeidsprosessene som er, og om det vil fungere sammen med eksisterende system (Venkatesh et al., 2003). Tilretteleggende forhold har en direkte påvirkning på bruk, men ikke sikker påvirkning på intensjon om bruk (Venkatesh et al., 2003). Effekten av fasiliterende betingelser forventes å ha større betydning for medarbeidere med erfaring da de finner flere muligheter for hjelp og support i organisasjonen (Venkatesh et al., 2003). Moderatorene alder og erfaring har størst innvirkning i forhold til påvirkningen som tilretteleggende forhold har på bruk. Dette medfører at effekten vil bli sterkere for eldre brukere, spesielt når man har økt erfaring (Venkatesh et al., 2003).

## 4. Metode

De ulike underkapitlene vil gi en beskrivelse av intervjuguide, datainnsamling, analyse og etiske overveielser. Videre blir begrepene validitet, reliabilitet og troverdighet beskrevet i forhold til prosjektet.

Metode kommer av det greske ordet *methodos* og betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al., 2016). Det handler om hvordan gå frem for å innhente informasjon om den sosiale virkeligheten, og hvordan informasjonen skal analyseres. Videre sier Johannessen et al. (2016) at de dataene man innhenter forteller oss noe om samfunnsmessige forhold og prosesser. Dette er en sentral del av empirisk forskning, som dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data (Johannessen et al., 2016). Viktigste kjennetegnene ved en metode eller empirisk forskning er følgende; systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen et al., 2016).

### 4.1 Valg av metode

Når man planlegger et prosjekt bør det settes noen mål. Disse bør være tydelige da valg av metode innebærer planlegging av veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2015). Tema og problemstilling bør være klart før man vurderer metodevalget. De tematiske spørsmålene; "hva" og "hvorfor" må besvares før man kan stille spørsmålet "hvordan" ifølge Kvale og Brinkmann (2015).

Målet med prosjektet var å undersøke erfaringene til helsepersonell og nytteverdien ved bruk av video i spesialisthelsetjenesten. Dette kan man oppnå ved å søke informasjon fra noen som bruker dette. Det var derfor naturlig å velge en kvalitativ tilnærming i dette prosjektet.

#### 4.1.1 Kvalitativ metode

Ved å bruke kvalitativ metode er man opptatt av å forstå eller beskrive hvordan mennesker oppfatter verden, og hvilke relasjoner som betyr noe (Johannessen et al., 2016). Metoden gir annen innsikt enn man får ved store kvantitative undersøkelser.



Et metodisk valg tar utgangspunkt i problemstillingen. Problemstillingen i dette prosjektet søker etter brukernes egne erfaringer med bruk av videokonsultasjon:

*“Hvilke erfaringer har spesialsykepleiere med å bruke videokonsultasjon i oppfølging av premature barn?”*

Et viktig kjennetegn ved den valgte metoden er å få mest mulig informasjon fra et begrenset antall personer (Johannessen et al., 2016). Man kan fremstille virkeligheten ut fra ulike perspektiver, og kvalitativ metode bidrar til å få frem mangfold og nyanser i det som undersøkes (Malterud, 2017). Metoden gir oss kunnskap om kvalitet eller spesielle egenskaper ved det fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2016).

## **4.2 Datainnsamling**

Gjennomføring av prosjekt krever at det må samles inn dokumentasjon, data som gjenspeiler den virkeligheten som undersøkes (Johannessen et al., 2016). Det finnes mange former for data, og ulike måter å gjennomføre undersøkelser på (Johannessen et al., 2016). Før man starter innsamling må det tas noen valg. Johannessen et al. (2016) hevder forskeren må velge ut ifra problemstillingen, slik samler man inn data som blir mest mulig relevant og pålitelige. Videre sier de at en datainnsamling ut fra en kvalitativ metode, blir gjennomført vanligvis ved ulike intervjuer eller observasjonsstudier (Johannessen et al., 2016). Det ble her valgt intervju som datainnsamlingsmetode.

### **4.2.1 Intervju som datainnsamlingsmetode**

Ifølge Johannessen et al. (2016, s.145) så benyttes intervju når hensikten er å nå dypere ned i informantenes forståelse, følelser og erfaringer knyttet til et fenomen. Videre hevder de at oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner som informantene har til det aktuelle fenomen er av betydning (Johannessen et al., 2016 s.145). Jacobsen (2018) hevder denne datainnsamlingsmetoden er best egnet til å ivareta upåvirkede svar, og den er vanlig å benytte til innhenting av informantens subjektive oppfatninger. Kvale og Brinkmann (2015) hevder intervju kan defineres som en samtale der to personer utveksler synspunkter om et emne de er opptatt av.

Videre sier de formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå informantens opplevelse av tema ut fra deres perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Alternativene man har når man skal gjennomføre intervju, er individuelle eller gruppeintervju. I dette prosjektet ble det valgt individuelle semistrukturerte intervju.

#### 4.2.2 Utforming av intervjuguide

UTAUT (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology) er valgt som teoretisk rammeverk (Venkatesh et al., 2003) i dette prosjektet. Intervjuguide ble utformet med utgangspunkt i dette rammeverket, Tabell 1. Bakgrunnen er å samle inn data på en systematisk måte. Det gir intervjuene en struktur og sikrer at de data som blir samlet inn er relevant for problemstillingen (Malterud, 2017). Videre vil en struktur bidra til at man stiller de samme spørsmålene til alle informantene (Malterud, 2017). Åpne spørsmål vil gi informantene anledning til å snakke fritt. Intervjuguiden ble utformet som semistrukturert der temaene i hovedsak er fastlagt på forhånd. Rekkefølgen blir imidlertid bestemt og endret noe underveis (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette medfører at intervjuer kan følge informantens fortelling og samtidig få informasjon om fastlagte kategorier.

Tabell 1 Intervjuguide utformet av teoretisk rammeverk (UTAUT)

Kategori (UTAUT)	Spørsmål	Stikkord
Moderatorer (kjønn, erfaring m.m.)		
Nytteverdi		
Forventet innsats		
Sosial påvirkning		
Fasiliterende betingelser		

### 4.2.3 Utvalg

Tema for prosjektet er videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten og målet er å innhente erfaringer fra spesialsykepleiere som bruker det til oppfølging av familier med premature barn. Det var bakgrunnen for henvendelsen til Nyfødt intensiv avdeling. Det viste seg at det var noen få som var opplært og spesialisert på dette. Begrunnelsen var at det skulle være kontinuitet i tjenesten. Når man gjennomfører kvalitative intervjuer snakker man om en «grenseverdi» når det gjelder antall informanter (Johannessen et al., 2016). Det vil si man bør gjennomføre intervjuer helt til forskeren ikke lenger får hentet ut mer informasjon (Johannessen et al., 2016). Samtidig må det tas hensyn til tiden som er til rådighet og omfanget på studien (Kvale & Brinkmann, 2018). Det viste seg å være fem spesialsykepleiere som hadde vært med å starte opp eller deltok i *Tidlig hjem* i dag. Disse fem ble spurt om å være informanter, og samtlige samtykket til deltakelse. Fem informanter kan være i minste laget, men på den andre siden så er det 100% deltakelse fra de som var aktuelle. Ifølge Johannessen et al. (2016) er det viktigere å skaffe et relevant utvalg enn å ha mange informanter. Forutsetningen er at informantene gir en fyldig og variert informasjon om det fenomenet som skal undersøkes (Johannessen et al., 2016). Informantene i dette prosjektet er spesialsykepleiere som har lang erfaring ved Nyfødt intensiv avdeling, og har jobbet i 6-32 år med premature barn. Bruk av videokonsultasjon ved *Tidlig hjem* oppfølging har eksistert i to år.

### 4.2.4 Gjennomføring av intervjuer

I utgangspunktet var det tenkt fysisk gjennomføring, men på grunn av pandemien ble dette endret. Ansikt til ansikt er den formen for intervju som anses å gi størst fortrolighet og nærhet mellom intervjuer og informant (Jacobsen, 2018). Videre sier Jacobsen (2018) at denne intervjuformen antas også å gi mest sannferdig informasjon. Et alternativ var å gjennomføre på video, men ble enig om å gjennomføre på telefon. Dette var også med bakgrunn i tidligere god erfaring med gjennomføring av intervju på telefon. All datainnsamling må dokumenteres, ved kvalitativ data er dette i form av tekst, lyd eller bilder (Johannessen et al., 2016). Intervjuene ble tatt opp via digital diktafon som lå ved siden av telefonen. Informantene fikk opplyst i starten, før lydopptak startet at de når som helst kunne avbryte intervjuet. Videre fikk de anledning til å si fra om det var noe som skulle slettes eller ikke tas med i den videre behandlingen av dataene. Johannessen et al.

(2016) hevder det er i den første fasen det etableres en relasjon og et tillitsforhold mellom informant og intervjuer. Kvale og Brinkmann (2018) benevner intervjuets introduksjon som briefing. Når intervjuet gikk mot slutten ble det stilt spørsmål om informantene hadde andre erfaringer eller utfordringer de ønsket å fortelle om som ikke var kommet frem tidligere i intervjuet. Dette omtaler Kvale og Brinkmann (2018) som intervjuets avrunding eller debriefing. De hevder dette er en vesentlig del for at informantene skal ha en opplevelse av at intervjuet er nyttig, de får en anledning til å utdype viktige temaer (Kvale & Brinkmann, 2018). Videre kan det oppleves positivt at noen lytter oppmerksomt til det informanten vil meddele (Kvale & Brinkmann, 2018). Informantene fikk i etterkant av intervjuet mulighet til å stille spørsmål, og de ble orientert om veien videre i prosjektet. Intervjuene ble gjennomført i løpet av to uker, og hvert intervju varte 25-55 minutter. Informantene ble oppringt etter avtalt tidspunkt. Det var ingen forstyrrelser underveis, og informantene fremsto åpne og engasjerte i intervjusituasjonen. De hadde mye erfaring angående tema, og de fleste av spørsmålene ble besvart. I tillegg kom det informasjon som de ikke ble direkte spurt om, men som var relevant for undersøkelsen.

#### **4.2.5 Transkribering**

Intervjuene ble tatt opp ved bruk av digital diktafon, for så å bli lastet opp i en sikker skyløsning ved Universitetet i Agder. Deretter ble lydfilene på diktafonen slettet. Så startet transkriberingen. "Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen" (Kvale & Brinkmann, 2015, s.205). I denne sammenheng innebærer det å oversette fra talespråk til skriftspråk. Det ble ordrett gjenfortalt det som var tatt opp. Intervjuene fulgte en intervjuguide, slik at transkriberingen ble noe systematisert ut fra dette. Det var god lyd på opptakene, så man fikk med seg alt som var sagt. Transkriberingen er starten på dataanalysen.

#### **4.2.6 Kvalitativ dataanalyse**

Johannessen et al. (2016) hevder dataanalysen har to hensikter. Det første er å organisere data etter tema, det andre er å analysere og tolke de data man har funnet. Disse to delene henger naturligvis tett sammen, men de hevder forskeren kommer lengst med å gjøre det i den rekkefølgen (Johannessen et al., 2016). Når transkriberingen var ferdig, ble det skriftlige materiale gjennomlest for å få et

helhetsinntrykk. Deretter ble de strukturert ut fra kategoriene fra intervjuguiden; nytteverdi, forventet innsats, sosial påvirkning og fasiliterende betingelser. På den måten ble det en styrt innholdsanalyse, som er en av tre måter å bearbeide kvalitative data på ifølge Hsieh og Shannon (2005). Det innebærer at i denne studien har det teoretiske rammeverket lagt føringer for analysearbeidet. All tekst ble på nytt gjennomgått, og det ble fremhevet meningsbærende enheter. Disse ble fordelt etter spørsmålene og kategoriene i intervjuguiden, og sett i tabeller. Disse analysetabellene har inndelinger med meningsbærende enheter, kondensert meningsbærende enheter og koder, tabell 2 (Graneheim & Lundman, 2003). De meningsbærende enhetene er direkte utsagn fra informantene. Ifølge Graneheim og Lundman (2003) gjøres det en kondensering ved at innholdet blir bevart med færre ord. Disse kondenserte meningsbærende enhetene blir igjen redusert til koder. Så ble de ulike kodene samlet i ny tabell, slått sammen og omgjort til underkategorier, tabell 3.

Tabell 2. Analyse og koder

Spørsmål fra intervjuguide:		
Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode

Tabell 3. Sum koder og Underkategorier

Kode	Underkategori
X Koder	X Underkategorier

Transkribering og analyse førte til store mengder med rådata. Dataanalysen av intervjuene med utfyllende tabeller ligger som link i vedlegg 6. Denne linken er tilgjengelig for sensor i en begrenset periode, og blir slettet etter det. Når analysearbeidet var ferdig, ble det transkriberte materialet gjennomgått på nytt. Dette for å være sikker på at ikke viktig informasjon var gått bort i analyseprosessen. Det resulterte i to nye kategorier, samhandling med andre instanser og pandemi, som ikke passet inn i de fire opprinnelige ut fra intervjuguiden. Alle underkategoriene som kom frem og i tillegg de to nye kategoriene danner utgangspunkt for den videre bearbeidelsen og diskusjonsdelen i prosjektet.

### 4.3 Søknader og godkjenninger

Ved gjennomføring av prosjekt som dette, stilles det noen krav til søknader og samtykke. Dette må være godkjent før man kan starte datainnsamling. Det ble utarbeidet søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og til Fakultetets etiske komité (FEK). Rutinene er at man først må ha godkjenning fra NSD før man kan søke FEK. I tillegg ble informasjon- og samtykkeskjema utarbeidet etter gjeldende retningslinjer på studiestedet, Universitetet i Agder (Vedlegg 2 og 3). Samtidig ble det sendt en forespørsel til seksjonsleder ved Nyfødt intensiv avdeling med forbehold om godkjenning fra de nevnte instanser. Forespørselen gikk ut på om det var mulig å gjennomføre datainnsamling i form av intervju med noen av de ansatte

som var delaktig i tjenesten *Tidlig hjem*. Det var positiv respons umiddelbart, dette i form av vilje til å avsette tid til å dele av sin kunnskap og erfaring.

Når de nevnte søknadene var godkjente kunne den formelle forespørselen til informantene sendes ut. Seksjonsleder godkjente at de ansatte kunne bli forespurt om deltakelse, og både leder og de andre forespurte samtykket til deltakelse. Samtykkeskjema ble sendt på e-post til leder i forkant, som videreformidlet til de andre ansatte. Deretter ble de returnert med underskrift. Informasjonsskriv om formålet med prosjektet ble gitt informantene i forkant av intervjuene. De ble informert om oppbevaring og anonymisering av data, og at de når som helst kunne trekke seg. Videre ble det gitt informasjon om at det ble gjort lydopptak under intervjuet. Før intervjuet fikk de i tillegg muntlig gjentakelse av informasjonen.

#### **4.4 Litteratursøk og bruk av kilder**

For å finne relevant litteratur har det jevnlig blitt gjennomført litteratursøk på gjeldende tema. I starten av prosjektet ble det opprettet kontakt med bibliotekar på Universitetet i Agder. Vedkommende kom med tips og anbefalinger til aktuelle databaser, og bisto med å finne søkeord som kunne favne om det som prosjektet gikk ut på. Ble introdusert og anbefalt bruk av EBSCOhost, som inneholder flere databaser. Videre har følgende database blitt brukt; [Oria](#), [PubMed](#), [SveMed+](#), [Google scholar](#), [JMIR Publications](#) og [Scopus](#).

Aktuelle søkeord har vært blant annet; videokonsultasjon, videoconference, avstandsoppfølging, telemedisin, telemedicine, premature, og neonatal homecare. Søkeordene ble utvidet og endret noe underveis. Når det har vært aktuelle artikler og rapporter har man også brukt referanselisten for å finne mer relevant litteratur. I tillegg har prosjektet benyttet seg av nasjonale retningslinjer, veiledere, forskrifter og lignende. Det er brukt både norske og internasjonale kilder. Det er forsøkt å ha nyest mulig litteratur, men det har også blitt brukt noe av eldre dato. Det har vært noen utfordringer å innhente primærkilde, men dette har stort sett ordnet seg. Det meste av litteratur kan man innhente digitalt ved bestilling.

## 4.5 Ethiske overveielser

Når man jobber med prosjekt som dette må man forholde seg til etiske retningslinjer, og gjøre forskningsetiske vurderinger (Johannessen et al., 2016). Eksempelvis ved gjennomføring av intervju, så er det viktig å innhente informert samtykke fra informantene. I den forbindelse er det avgjørende at de er orientert om hva det betyr og at man kan trekke seg underveis.

Prosjektet har fulgt studiestedet sine anbefalte retningslinjer for oppgaveskriving. Det er derfor fulgt prosedyrer for søknader som tidligere nevnt til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og Fakultetets Ethiske Komité (FEK). Begge disse instansene har godkjent prosjektet (Vedlegg 4 og 5). Kilder som er brukt i prosjektet er referert til i teksten, og oppført på litteraturlista.

Det kan være utfordrende å bevare anonymiteten til informantene ved at de var så få. Videre at dette er et tilbud som foreløpig kun gis ved et sykehus og dermed er gjenkjennbart. Det er alltid viktig å være bevisst opplysninger informanter gir, slik at det ikke blir gitt eller beskrevet opplysninger om barn og familier som kan være gjenkjennbart. Dette var hensyn som ble tatt underveis, noe informantene også var veldig opptatt av. Alle informantene ble informert om prosjektet både skriftlig og muntlig, og samtlige samtykket også muntlig og skriftlig. Opptak av intervjuene ble tatt opp uten tilknytning til internett for deretter å bli lastet opp på Universitetets sikre skyløsning. Alle data blir slettet når prosjektet er avsluttet 18.juni 2021.

## 4.6 Metodiske overveielser

Når man gjennomfører en kvalitativ metode, får man et omfattende datamateriale. Det er utdypende informasjon fra informantene som har stor kompetanse innenfor tema. Dette oppleves som en styrke til prosjektet. Intervjuene ble gjennomført på telefon og foregikk helt uten forstyrrelser. Man kunne kanskje har foretrukket å gjennomføre de fysisk eller på video for å kunne ha med den nonverbale kommunikasjonen også. Men det ga ikke inntrykk av at det var av betydning.



En svakhet ved metoden kan være størrelsen på utvalget av informanter, som da var fem personer. Det var ikke mulig med flere da samtlige som deltar eller har deltatt i denne oppfølgingen er fem. Prosjektet har helsepersonell sitt perspektiv, så det var ikke aktuelt i denne omgang å intervju foreldrene som mottar denne oppfølgingen. Det er noe som kan være aktuelt å gjøre i en senere anledning. Når man gjennomfører analysearbeid, så kan man bli påvirket av egen forforståelse (Malterud, 2017). Dette er noe man må være bevisst på. Videre kan man bli styrt av et rammeverk som er benyttet i dette prosjektet. I følge Hsieh og Shannon (2005) kan man med en slik tilnærming finne bevis som støtter en teori, i stedet for å motbevise den. Et annet moment ved å bruke et rammeverk, er at man blir styrt på en måte som gjør man kan miste nyttig informasjon. I dette prosjektet kom det frem noen opplysninger som ikke passet inn i rammeverket som ble brukt.

#### **4.6.1 Reliabilitet, Validitet og Troverdighet**

Reliabilitet omhandler hvor pålitelige resultatene er, som i første omgang har sammenheng med datainnsamlingen. Da gjelder det måten dataene er samlet inn på, hvilke data man velger ut og hvordan de blir brukt og bearbeidet i etterkant (Johannessen et al., 2016). Reliabilitet kan være vanskelig ved kvalitativ metode fordi man bruker seg selv som instrument i datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette prosjektet er det kun en person som er ansvarlig og har gjennomført hele prosessen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan man måle dette ved å gjennomføre en lignende undersøkelse et annet sted med andre forskere for å sammenligne resultatene. Dette prosjektet er beskrevet i detaljer, både datainnsamlingsverktøy og fremgangsmåte. Det er noe som styrker reliabiliteten ifølge Johannessen et al. (2016).

Validitet betyr gyldighet, og det skilles mellom ulike former for validitet (Johannessen et al., 2016). Malterud (2017) skiller mellom indre og ytre validitet. Intern validitet handler om hva funnene forteller noe om, det vil si relevansen. Ifølge Johannessen et al. (2016) hevder de at intern validitet eller troverdighet dreier seg om undersøkelsen faktisk undersøker det den hadde til hensikt å gjøre. De stiller spørsmålet: "måler vi det vi tror vi måler?" (Johannessen et al., 2016, s.232). Ifølge Lund og Haugen (2006) har valg av metode og fremgangsmåte en betydning for

hvor sikre eller valide resultatene fra et prosjekt er. I dette prosjektet var informantene noen som kjente godt til tjenesten og bruken av videokonsultasjon. Den ytre eller eksterne validiteten er om resultatene er overførbare til andre sammenhenger (Malterud, 2017). Johannessen et al. (2016) stiller spørsmål om resultater kan overføres til lignende fenomener. All forskning har som regel til hensikt å kunne trekke slutninger fra det som samles inn (Johannessen et al., 2016). I motsetning til kvantitative studier som bruker begrepet generalisering, så omtales det i kvalitative undersøkelser som overførbarhet (Johannessen et al., 2016). I dette prosjektet er det sannsynligvis funn som kan overføres til andre lignende tjenester som planlegger å ta i bruk videokonsultasjon.

## 5. Presentasjon av funn og analyse

Funnene er kategorisert etter rammeverket som er brukt, UTAUT-modellen. De blir presentert med utgangspunkt i en styrt kvalitativ innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005). UTAUT har fire kategorier; nytteverdi, forventet innsats, sosial påvirkning og fasiliterende betingelser. Det ble laget tabeller med meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter og koder. Videre ble det laget underkategorier til hver av disse kategoriene. Tabeller med oversikt over koder og underkategorier er lagt som vedlegg (6) i prosjektet. Noen funn i undersøkelsen passet ikke inn i de gitte kategoriene, så det er laget et ekstra punkt, 5.6. som inneholder andre funn. Hver underkategori blir presentert i tekst for å sammenfatte innholdet i funnene som er gjort. Kodene og sitat i teksten er markert med anførselstegn og i kursiv, som slik: «*kode*». Dette for å vise tydeligere de funnene som er gjort i studien.

### 5.1 Informantenes bakgrunn

Informantene i denne oppgaven er tilknyttet Nyfødt intensiv avdeling. De har alle vært delaktig i tilbudet som heter *Tidlig hjem*, og samtlige er spesialsykepleiere. Det vil si sykepleier med videreutdanning i barnesykepleie eller nyfødt sykepleie. Informantene har variasjon i alder, og alle informantene er kvinner. Samtlige har lang erfaring med oppfølging av premature barn og familier, fra 6-32 år. Blant informantene er det ansatte som også har erfaring som leder og fagsykepleier.

### 5.2 Nytteverdi

Ved analysearbeidet til denne kategorien ble det utarbeidet 66 koder og 7 underkategorier. Under kategorien nytteverdi ble informantene spurt om hvordan den ordinære oppfølgingen foregår ved deres avdeling, og hvordan det foregår ved video oppfølging. De ble også spurt hvilket inntrykk familiene gir av de to ulike måtene å bli fulgt opp på. Informantene ble bedt om å beskrive kontakten de oppnår med barnet og familiene ved å sammenligne de to måtene, fysisk og digitalt.

### 5.2.1 Informasjon

Familier som har vært lenge på sykehus får etter hvert stort *“Ønske om å komme hjem”*. Det er *“Tilgjengelig informasjon”* både på avdelingen og på internett. Det er viktig å bli trygg i rollen som foreldre til et prematurt barn, *“Trygghet medfører at man kan ta imot”* *“Informasjon og kunnskap”*. Det er nødvendig å *“Tilegne seg kunnskap for å dra hjem”*. Alle får *“Lik veiledning”*, både de som er innlagt på sykehus og de som drar tidlig hjem. I tillegg får de som drar tidlig hjem litt *“Ekstra opplæring”*. Det er viktig med en *“Felles forståelse”* før hjemreise mellom helsepersonell og foreldre hva det innebærer å dra hjem tidlig. Som en av informantene sa; *“Når man kjenner seg trygg i foreldrerollen så er man mottakelig for å ta imot informasjon om tilbudet”*

### 5.2.2 Foreldrerollen

Når foreldrene kjenner seg trygg i foreldrerollen er de motivert for å tilegne seg kunnskap man må ha for å kunne dra hjem. De har *“Motivasjon til å ta større ansvar for barnet”*. Informantene opplyste at *“Selvstendige valg styrker foreldrerollen”*. Når de opplever *“Trygghet i foreldrerollen” vil de også “Stole på egne vurderinger”*. Videre sa de at *“Egenkontroll medfører trygghet”*. Foreldrene blir mer delaktig i omsorgen for barnet sitt og de tar *“Selvstendige valg”*. De vet de kan ringe avdelingen hvis det er behov, og vil da kunne få veiledning, *“Støtte”* og *“Bekreftelse”*. Situasjonen etter hjemreise blir annerledes, *“Foreldrene har hovedansvar”* og dermed blir *“Foreldrerollen endret”*. Informantene så en *“Styrket foreldrerolle”* hos foreldrene som fikk oppfølging hjemme. Som en av informantene sa; *“Jeg opplever vel at de kjenner seg litt mer trygg i sin rolle som foreldre hjemme. At da lander de litt mer, og de tør litt mer, kanskje å stole på sitt eget instinkt da som foreldre”*.

### 5.2.3 Familiesentrert omsorg

Informantene opplyste at familiesentrert omsorg var et viktig mål for å tilby videooppfølging hjemme. De så hensikten med *“Familien samlet”* og det er *“Bra for familien”*. Det hadde også sammenheng med *“Utfordringer med de fysiske forholdene”* ved avdelingen, *“Familiesentrert omsorg blir vanskelig”*. Flere ga uttrykk for at man *“Mister viktige observasjoner på avdelingen”* da det kan bli tilfeldig oppfølging. De dro frem at familiene var i *“Kjente omgivelser”* og det var *“Positivt for*

*foreldrene*". Flere av informantene fremhevet de familiene som hadde flere barn, at det var spesielt viktig for dem å komme hjem.

#### **5.2.4 Digitale hjemmebesøk**

Når familier blir fulgt opp i *Tidlig hjem* blir det et digitalt hjemmebesøk. Flere av informantene oppga de hadde "*God kommunikasjon*" og "*God kontakt*" med foreldrene. Videre sa de at "*God filming gir god observasjon*" av barnet. Forskjellen mellom ordinær oppfølging og digital er "*Manglende fysisk kontakt*". Men det ble også nevnt at "*Fysisk tilgjengelig ikke er avgjørende*". Samtlige informanter sa de "*Får ikke tatt i barnet*" og at "*Forskjellen er fysisk tilgjengelighet*". Manglende "*Fysiske observasjoner*" blir erstattet med "*Visuell observasjon*". Og informantene oppga at man får "*Gode observasjoner også på video*". Det som overrasket noen av informantene var at "*Video gir økt kontakt med foreldrene*". Dette med bakgrunn i at de har "*Bedre tid*" og føler de får til "*Bedre oppfølging*" av familiene. Informantene sier de "*Tilpasser seg forholdene*" på avdelingen. Man gjør så godt man kan ut fra de forholdene som er, selv om det ikke er optimalt. Forberedelse til digitalt hjemmebesøk innebærer at helsepersonell leser journalen slik at de er "*Oppdatert på forhånd*". Når de har anledning, vil de få "*Opprettet kontakt før hjemreise*" med de ulike familiene.

#### **5.2.5 Teknologi**

Under intervjuene ble informantene spurt om de så noen ulemper med oppfølging av familier ved bruk av video. Da kom det frem at "*Videokonsultasjon passer ikke for alle*." Det omhandlet at noen har behov for å være i avdelingen for å få oppfølging. Dersom familien kan være på pasienthotellet, så kan de like gjerne dra hjem med videokonsultasjon. Det hendte noen ganger det oppstår "*Uventede hendelser etter hjemkomst*". Det kan være i form av "*Teknologiske utfordringer*", eller uventede ting med barnet. Informantene fremhevet som positivt at selv om foreldrene var hjemme kunne de ringe til avdelingen når som helst. Det var alltid "*Helsepersonell i bakhand*". Foreldrene kan få "*Veiledning*" og det er "*Tilgjengelighet*" på helsepersonell ved behov, også utenom de planlagte konsultasjonene.

### 5.2.6 Faglig forsvarlig

I intervjuene ble informantene spurt om forskjellene mellom ordinær oppfølging og videokonsultasjon. Videre ble de spurt om de anså tilbudet med videokonsultasjon som et forsvarlig tilbud til familiene. Noen av informantene mente det var *“Ingen forskjell på oppfølgingen”*. En informant sa det ble *“Bedre observasjoner”* ved å følge opp på video. Flere hevdet det ble *“Bedre kommunikasjon og samarbeid”* med foreldrene. Helsepersonell opplever de får gitt *“Bedre oppfølging”*. Det er satt av *“Bedre tid”* som medfører *“God kvalitet”* og *“Gode observasjoner”*. De er få spesialsykepleiere som følger familiene opp, slik blir det *“Kontinuitet”* i oppfølgingen. Flere hevdet de fikk *“Lange samtaler ved bruk av video”*. Dette kan være vanskelig å få til når familiene er innlagt på avdelingen og bor på pasienthotellet. Når de ble spurt om de opplever tilbudet som faglig forsvarlig så svarte samtlige av informantene at de mente det var forsvarlig. Sånn sett var det *“Ingen forskjell”* på de to måtene.

### 5.2.7 Opplevd nytteverdi

Informantene ga uttrykk at det er *“Verdifullt med tidlig hjem for alle parter”*, det vil si både for familiene og for personalet. På grunn av lokalitetene som avdelingen har opplyser flere av informantene at det er *“Vanskelig å følge familiene godt opp på avdelingen”*. Det blir ofte litt *“Tilfeldig oppfølging”*, spesielt når foreldrene bor på pasienthotellet og kommer til avdelingen for å snakke med sykepleier. De kan oppleve at de ikke får gjort nødvendige observasjoner og oppfølging av barnet, og det kan bli *“Andrehåndsinformasjon”*. Det vil si de ikke alltid får observere barnet, men får informasjon fra foreldrene. De opplever *“Tettere oppfølging ved bruk av video”*. Ved oppfølging på video er det tre planlagte konsultasjoner i uken, og oppfølgingen blir mer målrettet enn når familien er i avdelingen. Videre opplyser de å ha veldig *“Godt samarbeid”* med familiene ved bruk av video. De opplever gode lange samtaler ved bruk av videokonsultasjon. Flere av informantene understreket at denne type oppfølging *“Oppleveres positivt”*, og selv synes de dette var *“Overraskende funn”*. De hadde ikke sett for seg det skulle bli så positivt. En informant fremhevet at det blir gode samtaler der man kan fordype seg uten å bli forstyrret.

### 5.3 Forventet innsats

Under kategorien forventet innsats ble informantene spurt hva som eventuelt må til for at de kan øke bruken av video til oppfølging av familier. Videre ble de spurt om det var endrede rutiner ved avdelingen etter de tok i bruk videooppfølging til familier. Intervjuene ble kondensert og det ble utarbeidet 37 koder og 3 underkategorier.

#### 5.3.1 Opplæring

Noen av informantene uttrykte at det ikke var så store endringer ved avdelingen, men at det gis en *“Annen opplæring enn tidligere”*. Før familiene drar hjem går de gjennom et opplæringsprogram som avdelingen har laget. Det inneholder blant annet *“HLR (hjerte-lunge-redning)-opplæring”* og opplæring i *“Nedleggelse av sonde”*. Helsepersonell opplever at når familiene får opplæring i disse tingene blir det mindre farlig, *“Kompetanse gir trygghet”*. Videre erfarer de at *“Alle burde få HLR-opplæring”*, alle som er på barsel burde få denne opplæringen. De har ikke rutine på det, men erfarer at *“Flere får nå opplæring”*. Familiene får *“Opplæring”* etter en *“Sjekkliste”*, de har en *“Opplæringsplan”* i form av et *“Avkrysnings skjema”*. Tidlig hjem oppfølging har noen kriterier som må være oppfylt og *“Tilbudet gis til de som oppfyller kriteriene”*. Det vil si det *“Tilbys de som egner seg”* for denne form for oppfølging.

#### 5.3.2 Utvikling av tilbudet

Nyfødt intensiv avdeling hadde ønske om å starte oppfølging av familier slik at de kunne dra tidligere hjem. Det var mye *“Forarbeid”* for å få i gang tilbudet. Det ble planlagt *“Egne vakter som følger familiene”*, faste spesialsykepleiere. De opplevde stort *“Engasjement fra ansatte”*. Selv om faste personer har selve oppfølgingen, så er alle sykepleierne delaktige. Det innebærer at det er *“Endret rutiner”*. De har utformet *“Prosedyrer”*, og alle sykepleierne utfører deler av opplæringen i forkant av hjemreise. Informantene fremhevet at det er viktig å *“Prioritere tid”* til videokonsultasjon, det *“Bør være god kvalitet”*. En av informantene sa:

*“det er jo viktig at man prioritere tid, og har tid. Og jeg tenker at det her er faktisk pasienter som også skal ha oppfølging på lik linje som i avdelingen. Det skal ikke bare være noe sånn halvveis, det skal være hundre prosent. Kvalitet på det vi levere, det synes jeg.”*

Oppfølgingen som tilbys i *Tidlig hjem* har eksistert i 2 år. Det jobbes kontinuerlig med å *“Forbedre tilbudet”*, og det er fortsatt slik at *“Tilbudet er i endring”*. Ifølge informantene ligger det til rette for å *“Utvikle tilbudet”*. Under intervjuene kom det frem at tjenestetilbudet også blir *“Tilbudt til andre pasienter”* enn det som var tenkt. De opplyser at tilbudet fremover *“Kan tilbys andre pasienter”* enn den opprinnelige målgruppen. For at tjenesten skal fungere optimalt og tilbys de som er aktuelle, kommer det frem at *“Organisering er viktig”*. De har kunnet tilbudt det til de familiene som oppfyller kriteriene og selv har et ønske om å dra hjem med oppfølging på video. Informantene mener tilbudet endres etter hvert og de kan *“Utvikle måten å jobbe på”*. Videre understreker de at dette er en *“God måte å gi oppfølging”* til familier på.

### **5.3.3 Trygg overgang til hjemmet**

Familier som er innlagt på Nyfødt intensiv avdeling har ofte vært der en stund. Det kan variere fra dager og uker til måneder. Helsepersonell må derfor *“Forberede familien”* på hjemreise. Det er ønskelig at *“Flest mulig få tilbudet”*, men de er tydelig på at kriteriene må være oppfylt. Informantene opplyser at tilbudet bidrar til en *“Tryggere overgang til hjemmet”*. Dette er også en av grunnene til at det har blitt tilbudt til andre grupper enn det som opprinnelig var tenkt. Det har medført at det blir en bedre overgang og dermed *“Trygger hjemreisen”*. Det understrekes at dette er et *“Frivillig tilbud”* til familiene. Som tidligere nevnt kan det være *“Stor overgang”* å dra hjem for mange. Sykepleierne begynner tidlig å forberede familiene og gir *“Informasjon om hjemreise”*. Det har vært inntil 5 familier samtidig på oppfølging med videokonsultasjon, men det vanlige er 1-3 samtidig. Det har ikke vært nødvendig å nekte noen på grunn av kapasitet, *“Ingen begrensninger”*. Alt skal være trygt ved overgang til hjemmet så *“Testing av utstyr”* er en del av opplæring før hjemreise. Det blir testet at det tekniske utstyret fungerer, og at familiene får til å bruke det som planlagt. Informantene opplyser at dette stort sett fungerer fint. De familiene som



følges opp ved *Tidlig hjem* “*Kan ta kontakt hele døgnet*”. De har en oversikt på avdelingen over hvilke familier som følges opp hjemme, slik at alt personell er kjent med dette.

## 5.4 Sosial påvirkning

Under kategorien sosial påvirkning ble informantene spurt om hvilken påvirkning og holdninger de opplever fra de ansatte. Videre hvordan de eventuelt ble påvirket av familiene og av ledelsen. Kondenseringen og analysearbeidet førte til 30 koder og 3 underkategorier.

### 5.4.1 Engasjement

Informantene opplyste det er “*Motiverende*” å kunne tilby denne oppfølgingen til familier. Det “*Oppleveres positivt*” og de ansatte synes det er et “*Bra tilbud*”. Flere sier de ansatte har et “*Positivt engasjement*”. En av informantene uttrykte at det har vært “*Liten skepsis*” blant de ansatte og flere har blitt engasjert og vist “*Interesse*”. Noen sier det er “*Krevende med endring*”, og en viss “*Skepsis i starten*”. Skepsisen var at man ikke fikk den fysiske kontakten med barnet. Men samtlige informanter fremholder at “*Holdninger*” endres, og nå er det en positiv holdning til tilbudet. De ansatte utfører “*Framsnakking*” av tilbudet og det vises “*Stolthet*” fra avdelingen over å kunne tilby tidlig hjemreise til familiene. En informant mente det var noen “*Pådrivere*”, noen ildsjeler som har startet og drevet prosjektet frem. Men at alle ansatte er interessert og bidrar i opplæring til familien. Det er laget sjekklister for opplæring, der er det slik at “*Alle bidrar*”. Informantene formidler at det hele veien har vært “*Positivism fra ledelsen*”. Det gjelder både nærmeste leder og høyere ledelsesnivå i sykehuset. Det rår en “*Positivism*” over det avdelingen har fått til. De ansatte opplever både “*Støtte*” og stor grad av “*Aksept*” fra ledelsen til å fortsette dette tilbudet.

#### **5.4.2 Ressursbruk**

Når nye prosjekt og tjenestetilbud skal etableres kommer også spørsmål om bruk av ressurser. Som tidligere nevnt har det vært en fast gruppe som har vært i *Tidlig hjem* og det er blitt *“Kontinuitet”* i tilbudet, noe informantene fremhevet som positivt. Flere av informantene hevdet at tilbudet *“Frigjør ressurser”*. En sa det letter arbeidet med at de barna ikke er i avdelingen, det frigjør både plass og ressurser. Flere ansatte har interesse og lyst å bidra inn i denne tjenesten, de mener det er blitt *“Godt implementert”*. Avdelingen har fått god støtte fra ledelsen, liggedøgnene går ned og det er *“Besparende på flere måter”*. Hensikten med tilbudet er at det skal bli bedre for familiene ved at de kan være mer sammen. Det var ingen økonomiske motiv ved oppstart, men informantene opplyser det er endret *“Ressursbruk”*. Det skal være en sykepleier som betjene oppfølgingen, men en informant sier man kan betjene flere pasienter når man har de på video oppfølging. Flere av informantene fremhever det er blitt *“Økt bruk av videokonsultasjoner”* i andre sammenhenger. Blant annet er det tatt mer inn i den polikliniske oppfølgingen.

#### **5.4.3 Motivasjon**

Både familiene og helsepersonell har motivasjon for å drive tjenesten og at den skal fungere. Informantene sier noen av foreldrene har orientert seg tidlig i forløpet og derfor er *“Tilbudet er kjent”*. Flere av foreldrene har lest om tilbudet på nett eller sett plakat på avdelingen, så *“Tilbudet er kjent for mange”*. Noen etterspør tilbudet selv, de opplever *“Stor interesse”* fra foreldre. Men det *“Passer ikke for alle”*, noen takker nei. Enkelte foreldre synes det blir utrygt å dra hjem, og ønsker heller være på avdelingen. Når man har vært på avdelingen med full overvåking for så å dra hjem på egen hånd så kan *“Overgang til hjemmet”* oppleves utrygt. Videre er det noen *“Kriterier for å motta tilbudet”* som må være til stede. Det er *“Rammer for å gi tilbudet”* som både familiene og avdelingen forholder seg til.

### **5.5 Fasiliterende betingelser**

Under kategorien fasiliterende betingelser ble informantene spurt om hvordan det er lagt opp til bruk av videokonferanse ved avdelingen. Videre hvordan de opplevde

kvaliteten på lyd og bilde, og om de hadde kompetansen som var nødvendig for å kunne tilby denne tjenesten. Kondensering og analysearbeid førte til 22 koder og 3 underkategorier.

### **5.5.1 Utstyr og lokaliteter**

Informantene opplyste at de har et *“Eget rom”*, et *“Eget kontor”* de bruker til oppfølging med videokonsultasjon. Der kan de *“Sitte uforstyrret”*, på den måten får familiene *“Full oppmerksomhet”* fra sykepleieren. Informantene opplever å gi familiene god oppfølging. Det er faste dager som er *Tidlig hjem* oppfølging, så de *“Planlegger videokonsultasjoner”*. Da vet alle på avdelingen at rommet er opptatt. De har også *“Eget utstyr til videokonsultasjon”* som er i de lokalene.

### **5.5.2 Brukervennlighet**

Informantene uttrykker at oppfølging ved bruk av video *“Fungerer bra”*, det er et *“System som fungerer”* og de har hatt lite problemer. De opplever at *“Foreldrene har teknisk kompetanse”*. De sier de som får barn i dag er unge og har vokst opp med denne type teknologi, de tar denne opplæringen lett. En av informantene sier det noen ganger kan være litt skurring. Men at det stort sett fungerer ganske bra, det er *“God kvalitet”*. Alle informantene oppgir at det er en enkel teknologi som brukes, en *“Brukervennlig teknologi”*. Den gir lite og *“Få utfordringer”*. Informantene oppgir det er *“God bildekvalitet”*. En av informantene sa hun ble overrasket, hun synes det var *“Overraskende bra kvalitet”* på lyd og bilde. En informant understreket viktigheten av å ha nok lys i rommet hos familien og at hun hadde ordentlig hodetelefoner, det er *“Viktig med lys og lyd”*.

### **5.5.3 Kompetanse**

Når avdelingen skulle starte opp med videokonsultasjon hadde de opplæring fra e-helseavdelingen, noe *“Support før oppstart”*. Det har også vært en *“Generell opplæring”* på sykehuset med videokonsultasjon. Senere i forløpet har det ikke vært behov, de har *“Lite support”*. De gjorde gode forberedelser før oppstart så de var *“Godt forberedt”*. Informantene sier de har hatt *“Få utfordringer”* med det tekniske

utstyret, og det er høy "*Kompetanse hos de ansatte*". De opplever å ha ganske bred og variert erfaring fra tidligere. Systemet de har nå fungerer fint, men de "*Skal skifte system*", sykehuset skal innføre noe nytt. De skal gå fra Skype til Whereby, og de har fått opplyst det skal være enda bedre.

## **5.6 Andre funn**

Det var semistrukturerte intervju som ble utført der dataene nå har blitt kategorisert etter intervjuguiden som bygger på UTAUT. Informantene hadde mye informasjon å gi om prosjektet og det meste av dataene er plassert i de forhåndsgitte kategoriene. Men det kom noe informasjon som ikke passet inn i disse kategoriene, og de blir presentert i to nye underkategorier.

### **5.6.1 Samhandling med andre instanser**

Informantene ble spurt om de brukte videokonsultasjon til å samhandle med andre instanser, eksempelvis helsesykepleier eller fastlege. Dette praktiseres ikke i dag, men ifølge en av informantene hadde det vært et forslag om dette i starten. Noen av informantene vurderte at det kunne vært nyttig å samhandle med andre ved bruk av video. Etter at de startet *Tidlig hjem*, har de også tilbudt videooppfølging til andre grupper enn det som opprinnelig var tenkt. Det ble også uttrykt ønske om utvikling av tilbudet, og samhandling med andre i tjenesteapparatet var en av disse mulighetene.

### **5.6.2 Pandemi**

Siste året har hele landet inkludert helsetjenesten stått i en pågående pandemi, Covid-19. Det har medført økt bruk av videokonsultasjon flere steder. *Tidlig hjem* oppfølging var allerede godt etablert når pandemien startet. Men informantene opplyser de har sett en økt interesse for denne oppfølgingen siste året. Det kan ha sammenheng med strenge restriksjoner for besøkende på sykehuset. For mange familier har dette blitt en ekstra belastning i et langt sykehusopphold. Noe som igjen har ført til økt motivasjon hos familiene for å kunne dra hjem med oppfølging fra sykehuset.

## 5.7 Oppsummering av funn

Dette prosjektet har hatt fokus på spesialsykepleierne sine erfaringer. Dataene som er blitt presentert ut fra de forhåndsdefinerte kategoriene, kunne sannsynligvis vært plassert i flere kategorier. Funnene gir et helhetsinntrykk av at *Tidlig hjem* oppleves positivt både for informantene og familiene. De har delt sine erfaringer gjennom de to årene tilbudet har eksistert. De fremhever at oppfølging ved bruk av videokonsultasjon har bedret forholdene til familiene. Det begrunner de med at familiene får anledning til å være mer sammen når de er hjemme. Dette har sammenheng med at når barnet er innlagt på avdelingen er ofte en av foreldrene på pasienthotellet, og kanskje resten av familien er hjemme. Videre beskriver de en opplevelse av å gi et bedre tilbud til familiene ved denne måten. De har bedre tid, kontinuitet og kvalitet i oppfølgingen. I neste kapittel blir dataene sett nærmere på og drøftet opp mot relevant teori.

## 6. Diskusjon

I dette kapitlet vil funnene fra datainnsamlingen og analysen ses i sammenheng med aktuell teori. Det vil bli drøftet ut fra valgt rammeverk som er UTAUT (Venkatesh et al., 2003). Diskusjonskapitlet er delt inn i fem underkapitler. Det er med bakgrunn i de fire kategoriene til UTAUT; nytteverdi, forventet innsats, sosial påvirkning og tilrettelegging av forhold. I tillegg er det ett underkapittel med andre funn. Hvert underkapittel er delt inn i avsnitt på bakgrunn av de underkategoriene som ble funnet gjennom analysearbeidet. I hvert av avsnittene er kodene tilhørende hver underkategori diskutert. Navnene på underkategoriene er i samsvar med funnene gjort i studien. Kodene i teksten er markert med anførselstegn og i kursiv, som slik: «*kode*». Dette for å vise tydeligere de funnene som er gjort i studien. Under hver underkategori er det sammenfattet funn på bakgrunn av diskusjonen. Disse blir oppsummert under hver kategori og samlet til hovedfunn på slutten av kapitlet.

### 6.1 Nytteverdi

Kategorien nytteverdi omhandler hvordan spesialsykepleiere opplever nytteverdien ved bruk av videokonsultasjon i oppfølging av familier med premature barn. Nytteverdi er den av UTAUT-prediktorene som empirisk har vist sterkest sammenheng med brukeraksept (Li et al., 2013). I analysearbeidet til denne kategorien ble det utarbeidet 66 koder og 7 underkategorier.

#### 6.1.1 Underkategori: Informasjon

Datainnsamlingen har ført til 8 koder i underkategorien Informasjon. Familier som blir inkludert i *Tidlig hjem* oppfølging har ofte vært innlagt på nyfødt intensiv avdeling i lang tid. Det vil kunne variere fra uker til måneder, og de får etter hvert et stort «*Ønske om å komme hjem*». Det foreligger «*Tilgjengelig informasjon*» både på avdelingen og på internett som familiene har orientert seg om. Men overgangen fra sykehus til hjem kan oppleves stor for mange. Når man har vært på avdelingen og hatt helsepersonell rundt seg til enhver tid, kan tanken på å bli overlatt til seg selv være skremmende. Informantene oppga «*Trygghet medfører at man kan ta imot*» «*Informasjon og kunnskap*». Det er helt nødvendig å «*Tilegne seg kunnskap for å dra*

*hjem.*” Som en av informantene sa: “Når folk føler seg trygg nok til å kjenne at de styrer dagen sin selv. Så er de moden for å ta imot informasjon, i hvertfall å vurdere det”. Familiene må være trygg nok på seg selv til å kunne ta avgjørelsen om å dra hjem. I tillegg må de ha tillit til at utstyret fungerer, for å oppleve å bli ivaretatt hjemme med digital oppfølging. Det kan man også se i andre sammenhenger. Hvis man skal gjøre noe nytt og er avhengig av helsepersonell sine vurderinger, så er tillit til tjenesten avgjørende. Det gjelder tillit både til helsepersonell og til den teknologiske løsningen. Spivak et al. (2019) mener tillit spiller en viktig rolle i intensjon om bruk. Informantene i undersøkelsen hadde fokus på at familiene måtte kjenne på trygghet. For at familien skal oppleve nødvendig trygghet må de ha tillit. Spivak et al. (2019) argumenterer for at tillit er viktig for at individer skal ville bruke pasientrettet informasjonsteknologi. Videre sier de det er viktig med tillit for at individer skal forstå systemet, og forstå at systemet vil gi de fordeler. De sier det er en sammenheng mellom tillit og nytteverdi (Spivak et al., 2019). Dette understøttes av Kisekka & Giboney (2018), som sier brukeren må ha tillit til at helseinformasjon gitt av en organisasjon er pålitelig. Videre bør de finne løsninger som pasientene har tillit til, da tillit har betydning for at implementering av digitale løsninger blir suksess (Kisekka & Giboney, 2018). Familiene som tilbys *Tidlig hjem* får “*Lik veiledning*” som de ellers ville fått. I tillegg får de noe “*Ekstra opplæring*”. Det handler blant annet om nedleggelse av ernæringssonde og HLR- opplæring. I tillegg går de gjennom det tekniske utstyret som må til for å kunne møtes digitalt. Det blir testet på avdelingen før de drar. Nødvendig opplæring er avgjørende for at oppfølging etter hjemkomst skal fungere best mulig. Ved å opprette “*Felles forståelse*” i forkant av hjemreise kan det ifølge informanten være avgjørende for at oppfølgingen skal lykkes. Kunnskap som fører til økt kompetanse for foreldrene, vil bidra til økt trygghet i foreldrerollen som skal belyses i neste avsnitt.

## Funn

Trygghet og tillit er en forutsetning for å kunne tilby oppfølging ved bruk av video

Sammenheng mellom tillit og nytteverdi

Foreldrene bør ha nødvendig informasjon for å kunne ta gode valg

### 6.1.2 Underkategori: Foreldrerollen

Denne underkategorien som omhandler foreldrerollen omfatter 11 koder. De henger naturligvis en del sammen, og det skal nå ses nærmere på disse. Som vist i forrige avsnitt er trygghet avgjørende for å ta i bruk digitale løsninger, og derfor er *“Trygghet i foreldrerollen”* avgjørende for resultatet. Gjennom intervjuene kom det frem at foreldrene får *“Motivasjon til å ta større ansvar for barnet.”* Informantene sier foreldrene må ta flere avgjørelser selv og det er tilfredsstillende for foreldrene, *“Selvstendige valg styrker foreldrerollen”*. Når familien kommer hjem, må de *“Stole på egne vurderinger”*. En studie fra Sverige viser at digital oppfølging reduserte behovet for akutte innleggelse fordi foreldrene opplevde å bli ivaretatt hjemme på en god måte (Robinson et al., 2016). Det bekreftet informantene i denne undersøkelsen. Foreldrene kan ringe til avdelingen ved behov. Det blir ikke gjort ofte, men det oppleves trygt å ha muligheten. Når foreldrene er godt forberedt til hjemreise erfarer de at *“Egenkontroll medfører trygghet”* og foreldrene blir i stand til å ta *“Selvstendige valg”*. Denne forberedelsen viser også Robinson et al. (2016) til som en avgjørende faktor. I den studien ble også foreldrene forberedt på hva oppfølgingen skulle innebære, både bruk av teknologi og observasjoner av barnet som skulle gjøres (Robinson et al. 2016).

Når familien drar hjem endrer rollene seg til at *“Foreldrene har hovedansvar”* for barnet. Når de er innlagt på sykehus er det lett for foreldrene og lene seg på helsepersonell, og det kan være vanskelig å finne sin plass. Når de kommer hjem, vil *“Foreldrerollen endres”*. Dette viser også Garne et al. (2016) til; foreldrene var lettet over å være hjemme og slippe å forholde seg til reglene på sykehuset. Videre oppga de foreldrene der at de fikk mer tid sammen som familie og ble bedre kjent med barnet sitt (Garne et al., 2016). På sykehuset kunne tiden med barnet bli kort, spesielt for far som kanskje ikke alltid var innlagt. De kunne oppleve at hjemme kunne de observere barnet på en helt annen måte (Garne et al., 2016). I dette prosjektet oppga informantene at de så en *“Styrket foreldrerolle”* på bakgrunn av at de ble mer selvstendige, og utførte observasjoner som igjen medførte ulike valg. Under videokonsultasjoner blir ulike problemstillinger drøftet og foreldrene får *“Støtte”* og *“Bekreftelse”*. Informantene oppga at foreldrene gjorde gode vurderinger, og mange ganger ble det en bekreftelse de hadde behov for. I følge Garne et al. (2016) ga sykepleierne ofte en trygghet til foreldrene om normalitet. Videre sier de at



videokonsultasjon gir den veiledningen som trengs når foreldrene ikke er i behov av praktisk støtte (Garne et al., 2016).

Funn
Foreldrerollen endres ved tidlig hjemreise fordi foreldrene har hovedansvaret
Selvstendige valg styrker foreldrerollen
Videokonsultasjon gir nødvendig støtte og veiledning

### 6.1.3 Underkategori: Familiesentrert omsorg

Under intervjuene var det en ting som gikk igjen og som informantene fremhevet som sentralt, og det var familiesentrert omsorg. Denne underkategorien er sammensatt av 7 koder. Informantene orienterte om *“Utfordringer med de fysiske forholdene”* ved avdelingen. Det er en gammel avdeling med trange forhold, og få familierom. Flere sa det medførte at *“Familiesentrert omsorg blir vanskelig”*.

Forskning viser at familiesentrert omsorg er viktig for både barnet og foreldrene, det å være sammen den første tiden etter fødsel. Dersom det ikke blir mulig kan det få negative konsekvenser for begge parter (Brødsgaard et al., 2015). I dette prosjektet sa informantene at i en del tilfeller er barnet innlagt på avdelingen mens foreldrene bor på pasienthotellet. Da blir det mindre kontakt mellom barn og foreldre. Studier viser at når foreldrene får være sammen med barnet medfører det en mer familievennlig tilværelse (Garne et al., 2016). Som tidligere nevnt er det ekstra viktig ved flere barn i familien, og hvis det ikke er behov for praktisk bistand. Studien til Garne et al. (2016) viser at da er oppfølging hjemme bedre enn sykehusinnleggelse. Omsorg og oppfølging barnet får i starten av livet vil være avgjørende for utviklingen senere (Jiang et al., 2014). For at barnet skal få den beste omsorgen er det viktig at foreldrene integreres i omsorgsutøvelsen, at de får være hovedpersonen til barnet (Jiang et al., 2014). Helsepersonell bør legge til rette for at foreldrene får de rammene som er nødvendig for å kunne være de sentrale omsorgspersonene. Jiang et al. (2014) mener det bør gjøres ved at foreldrene får være på nyfødttintensiv avdeling sammen med barnet slik at de får den nødvendige kontakten. Dette for å

forebygge stress og angst både hos foreldrene og senere hos barnet (Jiang et al., 2014). Utfordringer med å samle familien på avdelingen medførte tilsynelatende økt motivasjon for å tilby tidlig hjemreise. Plassmangel og vanskeligheter med å tilstrebe familiesentrert omsorg er en utfordring ved flere sykehus (Selvaag et al., 2020). En av informantene sa at dersom hele familien kunne bo på pasienthotellet, så kunne de like gjerne dra hjem med video oppfølging. De anså det som et bedre alternativ.

Funn
Hjemme ofte bedre enn på institusjon
Familiesentrert omsorg har avgjørende betydning for barns utvikling
Fysiske forhold på avdelingen påvirker forholdet mellom foreldre og barn
Videokonsultasjon kan bidra til familiesentrert omsorg

#### 6.1.4 Underkategori: Digitale hjemmebesøk

Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt sett vært lite vant til ambulerende og oppfølging utenfor sykehuset. Etter hvert har deler av spesialisttjenesten tatt i bruk videokonsultasjon, som Nyfødt intensiv avdeling. Dette har medført at man kan gjennomføre digitale hjemmebesøk. Denne underkategorien omfatter 16 koder som skal ses nærmere på. Informantene ble spurt om forskjellene på ordinær oppfølging og bruk av videokonsultasjon. Det kom frem under intervjuene at informantene ble positivt overrasket over erfaringene de fikk. De opplevde å ha *“God kommunikasjon”* og *“God kontakt” med foreldrene*. Informantene erfarte at *“Video gir økt kontakt med foreldrene”*. En informant sa hun opplevde bedre kontakt og dialog med foreldrene ved bruk av video. En av grunnene var den avsatte tiden, hun kunne konsentrere seg full ut med den aktuelle familien. Dette helt uten forstyrrelser. Alle informantene ga inntrykk av en opplevelse av *“Bedre tid”* og *“Bedre oppfølging”* til familiene.

Samtlige av spesialsykepleierne gjorde gode forberedelser før de skulle gjennomføre konsultasjoner på video, blant annet *“Opprettet kontakt før hjemreise”*. De tilstrebet å møte familiene for å hilse på dem mens de enda var på sykehus. I tillegg satte de

seg inn i journalen for å få innsikt i hvilke planer som var laget, og hva som skulle følges opp videre. Alle anså det som viktig å være *“Oppdatert på forhånd”*. En av hypotesene i forkant av prosjektet, var at det kunne være vanskelig å få like gode observasjoner av barnet ved bruk av video som ved fysisk kontakt. Det var også den største forskjellen som informantene fremhevet ved å følge opp via video. Det at man *“Får ikke tatt i barnet”*, og at det blir *“Manglende fysisk kontakt”*, kan være en svakhet ved denne oppfølgingen. En av informantene sa at hendene var hennes arbeidsverktøy. Så det er naturligvis noe som mangler når man ikke kan bruke dette. På den andre siden ble det sagt at *“Fysisk tilgjengelig ikke er avgjørende”* og at *“God filming gir god observasjon”*. Det kom frem at når foreldrene hadde riktig lys og god filming medførte det *“Gode observasjoner også på video”*. Det oppnås ikke muligheter for *“Fysiske observasjoner”*, men de får en *“Visuell observasjon”*. I forberedelsene som gjøres bør det planlegges for god filming og lysforhold. Det viser også studiet til Aune og Aanestad (2019). I tillegg til krav om gode lyd- og lysforhold, må det planlegges slik at ikke støy forstyrrer samtalen (Aune & Aanestad, 2019). De viser videre til at det er en endret bruk av video når man går fra den tradisjonelle videokonferansen til at man skal kunne utføre observasjoner digitalt. På den måten må tilrettelegging og kvaliteten på videokonferansen både endres og forbedres (Aune & Aanestad, 2019).

En informant fortalte om en annerledes konsultasjon hun hadde hatt. En familie hun hadde møtet med tok henne med på digital omvisning i huset for å se på barnesikring, og hvilke tiltak familien kunne gjøre i den forbindelse. Sykepleieren kunne observere de faktiske forholdene og deretter veilede og eventuelt gi råd til familien. Dette er et eksempel på en utvidelse av det som i utgangspunktet var planlagt. En studie gjort av Lindberg et al. (2009) viser at videokonferanse kan hjelpe å vurdere den generelle situasjonen hjemme og tilrettelegge for at samspillet mellom foreldre og spedbarn blir best mulig. Videre at de var i stand til å gi sikkerhet til familien (Lindberg et al., 2009). Bruken av videokonferanser ble ansett som en generelt positiv opplevelse og som et verktøy for å forbedre hjemmesituasjonen for familien (Lindberg et al., 2009). Som informanten i dette studie sa, dette er jo nytt og ikke noe som de har gjort før. Men slik man ser det er det en forbedring i oppfølgingen som bidrar til økt sikkerhet for både barnet og foreldrene. Og at det finnes mange muligheter man kan bruke denne formen for oppfølging til. Når man

omtaler hjemmebesøk har man ofte en oppfattelse av at det er en fysisk tilstedeværelse. Men *Tidlig hjem* oppfølging viser at hjemmebesøk også kan gjøres digitalt.

Funn
Positiv opplevelse av videokonsultasjon
Fysisk kontakt mangler, men visuell observasjon er en grei erstatning
Viktig med tilrettelegging, god filming gir gode observasjoner
Stort potensiale for videreutvikling av det digitale hjemmebesøket

### 6.1.5 Underkategori: Teknologi

Når det gjelder underkategorien teknologi så omhandler den 6 koder ut fra intervjuene. Informantene fortalte om mange positive sider ved tjenesten, de så mange fordeler. I tillegg ble de spurt om de så noen ulemper ved å bruke videokonsultasjon. De sier angående teknologi, så er det at "*Videokonsultasjon passer ikke for alle.*" Det var ulike grunner til dette. Den ene var at noen familier trenger å ha et fysisk rom i avdelingen for å få oppfølging de har behov for. Videre kunne det i sjeldne tilfeller oppstå "*Teknologiske utfordringer*". Informantene opplyste at de fleste foreldre har gode tekniske ferdigheter og de behersker teknologien veldig godt. Men noen ganger kunne det være utfordringer med nettverket eller lysforhold og lignende. Det som da ble gjort var å koble av og på igjen. Noen få ganger gjennomførte de konsultasjonen på telefon, men dette hørte til sjeldenhetene. I Robinson et al. (2016) sin studie opplevde de fleste familier det lett å kommunisere ved bruk av video. Både i den nevnte studien og i dette prosjektet ble det brukt Skype. Det er beskrevet at nesten alle foreldre som hadde hatt videosamtaler synes veiledningen over Skype var enkelt å forstå. Og flesteparten opplevde at det hadde vært nyttig (Robinson et al., 2016). Det er beskrevet at videosamtaler er bedre enn telefonsamtaler. Robinson et al. (2016) sier foreldrene begrunnet det med at det var bedre å kunne se den de snakket med. Videre hadde over halvparten vist frem barnet sitt til sykepleieren over Skype (Robinson et al., 2016). I dette prosjektet viste

også foreldrene frem barnet så sykepleierne fikk observere. Dersom det var endringer med barnet kunne de se sammen med foreldrene og vurdere eventuelle tiltak. Dette viser at det er betydelig forskjell med å ha konsultasjon på video sammenlignet med telefon. Dette understøtter også studien til Robinson et al. (2016). Der var det ikke bare foreldrene, men også sykepleierne oppga at video var å foretrekke fremfor telefon. Videre at telemedisinsk oppfølging medførte en stor fordel for begge parter med at det var økt trygghet. Det var mindre behov for sykehusinnleggelse og kontroller fysisk på sykehuset (Robinson et al., 2016). Informantene opplyste om noen få situasjoner der det oppstår "*Uventede hendelser etter hjemkomst*". Det kan være tekniske utfordringer eller noe med barnet. Dette trengte ikke i utgangspunktet ha noe med formen på oppfølging, dette kunne oppstått uansett. Da var det i enkelttilfeller at familien måtte returnere til sykehuset for det var nødvendig med et sykehusopphold av ulike grunner. Dette var noe som tilhører sjeldenhetene. Det som informantene opplyste som veldig positivt med digital oppfølging av familien, var at foreldrene alltid hadde "*Helsepersonell i bakhand*". De kunne når som helst få "*Veiledning*" fra spesialisthelsetjenesten, og de hadde helsepersonell sin "*Tilgjengelighet*" ved at de kunne ta kontakt uansett på døgnet. Dette helt uavhengig av geografisk tilhørighet. Bryan et al. (2015) beskriver viktigheten med telemedisinsk oppfølging at man kan fange opp uheldige situasjoner og kan unngå akutte situasjoner. Videre fremhever de at man kan følge opp familier uavhengig av bosted. Selv om det kan være noen begrensninger i forhold til implementering av telemedisinske løsninger, viser de til at det er stort potensial av utvidelse av denne type løsninger (Bryan et al., 2015).

Funn
Teknologi skaper lett tilgang til helsetjenesten
Sjelden utfordringer med det tekniske utstyret
Like tjenester uavhengig av geografisk bosted

### 6.1.6 Underkategori: Faglig forsvarlig

Underkategorien faglig forsvarlig kommer blant annet av at informantene fikk spørsmål om de opplever oppfølgingen som faglig forsvarlig. Samtlige av informantene svarte ubetinget ja på spørsmålet om tilbudet var faglig forsvarlig. Ut fra analysen av svarene kom det frem 10 koder som skal belyses nærmere. Ved beskrivelsen av de to ulike oppfølgingene som gis ved avdelingen så oppga flere av informantene at det var *“Ingen forskjell på oppfølgingen”*. De opplevde at foreldrene var veldig til stede i konsultasjonen og dermed fikk en god dialog. Videre ble det gjentatte ganger beskrevet som en bedre oppfølging enn det ordinære tilbudet de kunne gi ved avdelingen. Det gikk på *“Bedre observasjoner”*, *“Bedre kommunikasjon og samarbeid”*, *“Bedre oppfølging”* og *“Bedre tid”*. Det ble sagt av en informant at når hun sammenlignet kontakten hun fikk med foreldrene inne på avdelingen og via video så var det stor forskjell. Ved en skala på 1-10 der 10 er høyest, sa en informant at kontakten på avdelingen var 5-6, og samtale på video kunne være 9-10. Informantene ga inntrykk av en gjensidig dialog mellom dem og foreldrene under konsultasjonene. I en studie til Hägi-Pedersen et al. (2020) kom det frem at konsultasjonene ble mye styrt av sykepleierne som stilte spørsmål. Videre kom det frem at de så et stort potensial i denne type oppfølging. De brukte blant annet ikke muligheten til å kunne observere barnet og samhandlingen mellom barn og foreldre (Hägi-Pedersen et al., 2020). Dette samsvarer ikke med det som kom frem i dette prosjektet. Her ga sykepleierne uttrykk for at det var en likeverdig dialog og de fikk gjøre gode observasjoner.

En av informantene fortalte at når barnet er i spisetreningsfasen, er de medisinsk stabile. Det vil si de trenger ikke så tett overvåking og oppfølging som tidligere i forløpet. I denne fasen blir de fulgt opp av ulike sykepleiere på avdelingen, fordi spesialsykepleierne har ofte de dårligste barna. Derimot blir de som er i *Tidlig hjem* fulgt opp av de samme spesialsykepleierne, og dermed en bedre *“Kontinuitet”*. Når informantene beskriver oppfølgingen de gir via video fremhever de at det er *“God kvalitet”*. En sier hun får god tid til å sette seg ned, hun får bedre tid og det oppleves som bedre kvalitet på samtalene. De nevner også at de får *“Gode observasjoner”* av barnet. En annen sier hun får gode observasjoner som hun ikke nødvendigvis får ved vanlig oppfølging. Flere av informantene sier det var overraskende funn og

oppdagelser de gjorde etter hvert. Det var erfaring de ikke hadde sett for seg på forhånd. En sier hun opplever skikkelig god kvalitet på de samtalene hun har. Flere viser til at det blir *“Lange samtaler ved bruk av video”*. De har faste dager, tre dager per uke og da satt av 1 time til samtale. Denne tiden har de da med fullt fokus på den aktuelle familien. En informant sier hun opplever å få en lang god samtale der hun kan fordype seg i utfordringene, og lage gode planer fremover. Dette var noe hun ikke hadde forestilt seg på forhånd. De oppsummerer det som svært overraskende på en positiv måte at de opplevde denne gode dialogen med familiene på video.

Funn
Likeverdig relasjon mellom foreldre og helsepersonell
Faglig forsvarlig oppfølging ved bruk av video
Overraskende positivt for spesialsykepleierne

### 6.1.7 Underkategori: Opplevd nytteverdi

Hele kategorien omhandler nytteverdi, men denne underkategorien vil se nærmere på det som omhandler opplevd nytteverdi. Denne underkategorien er kommet ut av 8 koder. Noe blir sammenfallende med tidligere underkategorier. Informantene uttrykker det som *“Verdifullt med tidlig hjem for alle parter”*. Med det forstås det som positivt både for familiene og for personalet. De sier det er *“Vanskelig å følge familiene godt opp på avdelingen”*. De har en opplevelse at det kan bli *“Tilfeldig oppfølging”* og ofte *“Andrehåndsinformasjon”*. Informantene opplyser de har rutiner på hvor ofte de skal observere barnet og snakke med familien på avdelingen. Når familien er innlagt på avdelingen, og bor på pasienthotellet, skal de observere barnet og snakke med foreldrene 1 gang per vakt. Det kan ofte være utfordrende å få det til på en god måte beskriver de. Grunnen til at det blir vanskelig er lokalitetene deres, og at det bidrar til at det kan bli noe tilfeldig oppfølging. De sier de opplever det som et problem, og at det blir vanskelig både få observert barnet og få gode samtaler med foreldrene. Som en informant sa: *“Så det med tidlig hjem er på en måte veldig*

*verdifullt for oss også på grunn av det*". For familiene sin del så sier informantene at de får *"Tettere oppfølging ved bruk av video"*. De familiene som følges via video får mer målretta oppfølging enn de som bor på pasienthotellet. Familien har selv regien og de som helsepersonell kan bistå med anbefalinger og råd. Bryan et al. (2015) fremhever det er positivt at pasienter kan motta denne type konsultasjoner i sitt eget hjem, og at det oppleves nyttig og har en stor betydning. Dette blir også understøttet av Hägi-Pedersen et al., (2020). Det å være hjemme synes å skape en mer avslappet atmosfære. Det beskrives at for familier som kan komme hjem fra sykehuset, så kan de være i sitt eget miljø, noe som ga de en frihet og større uavhengighet. Og som igjen fikk dem til å føle seg mer avslappet (Hägi-Pedersen et al., 2020). Det ble fortalt fra informantene at de fikk inntrykk av at foreldrene opplevde videokonsultasjon med sykehuset som nyttig. I studien til Robinson et al., (2016) kom det frem at noen få av familiene opplevde det som unødvendig med konsultasjoner av ulike grunner. Men nesten 80% i den studien viste til at det var nyttig på den måten at det reduserte behovet for å komme på sykehuset (Robinson et al., 2016). Som tidligere nevnt beskriver informantene positive oppdagelser som at det blir et overraskende *"Godt samarbeid"* med foreldrene. De beskriver en trygghet om gode observasjoner og vurderinger. Det at de får disse gode samtalen bidrar til at de med større sikkerhet observerer at det oppleves positivt for foreldrene. At familien er samlet i sitt vante miljø og kjente omgivelser bidrar til at det oppleves nyttig for begge parter.

Funn
Verdifullt for både familien og helsepersonell
Høyere kvalitet på oppfølging ved bruk av video
Mer målrettet og tilpasset hver enkelt familie



### 6.1.8 Oppsummering funn nytteverdi

Oppsummering funn nytteverdi
Trygghet og tillit er en forutsetning for oppfølging ved bruk av video
Høyere kvalitet på oppfølging ved bruk av video
Faglig forsvarlig
Videokonsultasjon kan bidra til familiesentrert omsorg
Like tjenester uavhengig av geografisk bosted

## 6.2 Forventet innsats

Kategorien inneholder 3 underkategorier som er utarbeidet fra 37 koder. Når det gjelder kategorien forventet innsats omhandler den i hvilken grad teknologien oppfattes som enkel eller vanskelig. Ulike studier viser at innsats har en middels effekt på brukeraksept (Khechine et al., 2016). Ifølge Kvasnes og Nilsen (2017) så antas det at forventet innsats har en direkte påvirkning til intensjon om bruk av teknologi. Videre er det også definert som hvor mye innsats og tid som må legges ned i bruken av et system (BenMessaoud et al., 2011).

### 6.2.1 Underkategori: Opplæring

Denne underkategorien som omhandler opplæring inneholder 12 koder som skal belyses nærmere. På spørsmål om informantene hadde endret rutinene sine ved avdelingen, ga flere uttrykk for at de ikke hadde gjort så store endringer. Men når man ser nærmere etter på det de faktisk har gjort med utviklingen av dette tilbudet, kan det se ut som det er en vesentlig endring. Det kan man tolke på ulike måter. Det er en mulighet at dette har blitt så godt implementert på avdelingen at det ikke oppleves som en stor endring. De har vært et team som har jobbet sammen med resten av avdelingen, og fått det naturlig inn som en del av tilbudet som gis. Andre studier viser det må en endring og vilje til endring hos helsepersonell for å kunne ta i bruk telemedisinske løsninger (Robinson et al., 2016).

Når underkategorien opplæring skal belyses så sier informantene at de nå gir en “*Annen opplæring enn tidligere*”. Som beskrevet før gir de blant annet opplæring i “*Nedleggelse av sonde*” og “*HLR-opplæring*”. Denne opplæringen gis til de omsorgspersonene som skal være hjemme med barnet. Videre gis det opplæring i observasjoner de skal gjøre av barnet. De forteller at foreldrene blir tryggere i håndteringen av barnet når de får denne opplæringen, “*Kompetanse gir trygghet*”. I starten kan det oppleves litt skummelt, men etter hvert blir det en rutine for foreldrene. Informantene erfarer og mener at “*alle burde få HLR-opplæring*”. Videre sier de at “*Flere får nå opplæring*” enn tidligere. De trekker frem det med HLR-opplæring som et eksempel. Det er noe de ikke har hatt på barselavdelingen tidligere. Men at dette kanskje er noe de burde gi til alle foreldre som har spebarn. Når det er foreldre som har barn med andre utfordringer enn de som følges opp i *Tidlig hjem*, så ser de at denne opplæringen gis oftere enn før. Dette som en konsekvens av *Tidlig hjem* oppfølgingen. Det er enda ikke satt i verk en fast opplæring av dette, det vil være noe krevende ifølge informantene. Men at dette er en av de tingene som kan bli aktuelt å innføre.

Opplæring i denne sammenheng omhandler to områder. For det første er det opplæring innenfor aktuelt fagfelt, observasjon og oppfølging av premature barn. I tillegg gjelder det opplæring i bruk av teknologisk verktøy, som her er videokonsultasjon. Det brukes i dag mye ressurser i helsetjenesten på opplæring. I flere strategier for opplæring innenfor e-helse er det ofte vanlig å forvente mye av de som blir berørt av en endring eller innføring av noe nytt (Hilberts & Gray, 2014). Samtidig kan det mangle konkrete planer i disse strategiene om hva innholdet i opplæringen er, og hvordan det er tenkt at disse målene skal nås. De sier videre at det er overraskende lite forskning på hva som fungerer og ikke med tanke på opplæring (Hilberts & Gray, 2014).

Når det gjelder “*Opplæring*” i dette tilbudet, så har avdelingen en “*Sjekkliste*” utfra en “*Opplæringsplan*”. Det er blant annet et “*Avkrysnings skjema*” som deles ut til de aktuelle familiene som skal følges i *Tidlig hjem*. Det er satt noen kriterier for inkludering i *Tidlig hjem* og “*Tilbudet gis til de som oppfyller kriteriene*”. Dette er noe som alle sykepleierne ved avdelingen følger opp. Når sykepleierne har gjort sine vurderinger av familiene så “*Tilbys de som eigner seg*” å dra tidlig hjem. De sier de er

en liten avdeling og de skaffer seg god oversikt over hvem tilbudet passer for. Dersom telemedisin skal fungere og kunne tas i bruk, er det nødvendig å ha pasienter og helsepersonell som er i stand til og motivert til å bruke informasjons- og kommunikasjonsteknologi (Robinson et al., 2016). Sykepleierne var for det meste positivt innstilt til å bruke videosamtaler i studien til Robinson et al. (2016). Men likevel påpekte de at bruk av teknologi krever endring i deres måte å jobbe på som de trenger motivasjon og tid til å bli vant til (Robinson et al., 2016). Dette viser at for å kunne implementere telemedisin så er man avhengig av flere faktorer. En av disse nødvendige faktorene er at man må ha motivert helsepersonell som kan gjøre disse endringene. Dette beskrives nærmere i avsnittet om sosial påvirkning.

Funn
Nødvendig opplæring avgjørende for tidlig hjemreise
Tilby opplæring til alle familier med spedbarn
Man må ha motivert helsepersonell for å kunne gjøre endringer

### 6.2.2 Underkategori: Utvikling av tilbudet

Denne underkategorien som gjelder utvikling av tilbudet er kommet frem etter 15 koder. Planlegging av *Tidlig hjem* har pågått en stund, avdelingen har lenge hatt mål å starte opp dette tilbudet. I starten var det en plan om ambulerende virksomhet, såkalt hjemmesykehus. Et tilbud der barnet og familien kan være hjemme med fysisk oppfølging i hjemmet, en ambulerende tjeneste fra sykehuset (Hernæs, 2020b). Dette tilbud gis flere steder i landet, men et kriterium er at familien bor en maksimumsgrense fra sykehuset. Ut fra de geografiske avstandene i regionen ble dette fort gått bort fra. Det ville da kun tilbys de som hadde nærhet til sykehus, og ville bli skjevfordeling i tjenestetilbudet ut fra hvor man bodde. Man gikk derfor over til å planlegge et tilbud der bruk av video ble kommunikasjonsformen. Ut fra observasjoner de gjorde, så de at mange familier ble uhensiktsmessig lenge på sykehus. Dette påvirket familien på en negativ måte ved at familien ikke fikk være

samlet og det medførte at familiesentrert omsorg heller ikke kunne praktiseres. Informantene fortalte om mye *“Forarbeid”* før tilbudet startet opp. Ved planlegging ble det foreslått *“Egne vakter som følger familien”*, og slik fungerer tilbudet i dag. Det ble utarbeidet *“Prosedyrer”* og det er krevende å *“Utvikle tilbudet”* videre. Men det er et stort *“Engasjement fra ansatte”*. Som nevnt tidligere engasjerer alle sykepleierne seg på avdelingen, men det er fast personale som gjennomfører selve oppfølgingen og har hovedansvaret for *Tidlig hjem*. Det er *“Endret rutiner”* ved at noen av personalet har videokonsultasjon 3 ganger i uken. Det å etablere en ny tjeneste er krevende. Det støttes også av flere andre studier, blant andre Aune & Aanestad (2019).

Flere av informantene fremhever det *“Bør være god kvalitet”* på tilbudet de gir, viktig å *“Prioritere tid”* til disse pasientene. Informantene gir uttrykk for at de kontinuerlig *“Forbedre tilbudet”*, de jobber for at *“tilbudet i endring”*. En av endringene som er kommet er at det er *“Tilbudt til andre pasienter”* enn det som i utgangspunktet var tenkt. Informantene sier det *“Kan tilbys andre pasienter”* som også kan ha behov og nytte av oppfølging via video i hjemmet. Det kan eksempelvis være barn med andre tilstander som venter på operasjon. Da kan de i ventetiden være hjemme med oppfølging fra *Tidlig hjem*. Det som kom frem var at både foreldrene og informantene opplever brukergrensesnittet som enkelt, noe som ifølge Venkatesh et al. (2003) vil fremme bruk av systemet. I studien til Lindberg et al. (2009) kom det frem at dersom personalet var trygg på å bruke teknologi, ble det oppfattet som en trygghet også hos foreldrene.

Informantene sier at *“Organisering er viktig”* for at tilbudet skal bli best mulig. Det gjelder sannsynligvis både tilbudet som gis på avdelingen og for de som er hjemme med oppfølging. Dette understøttes av studien til Robinson et al. (2016) som sier at for å optimalisere bruken av mulighetene for telemedisin, må tjenesten organiseres for å møte familienes behov. Videre sier de at telemedisin til familier med nyfødte spedbarn kan føre til en mer effektiv bruk av ressurser for denne pasientgruppen (Robinson et al., 2016). Flere av informantene fremhever viktigheten av å *“Utvikle måten å jobbe på”*, De sier det kan hele tiden bli bedre og begrunner det med at dette er en *“God måte å gi oppfølging”* på.

## Funn

Tjenestetilbudet i kontinuerlig endring og forbedring

Viktig med god organisering

Potensiale til å tilby videokonsultasjon til flere grupper

### 6.2.3 Underkategori: Trygg overgang til hjemmet

Underkategorien trygg overgang til hjemmet omhandler 10 koder. Den er kommet som resultat av at informantene fremhever viktigheten for familien å få en *“Tryggere overgang til hjemmet”*. Mange av familiene som er innlagt på Nyfødt intensiv avdeling har vært der over lang tid. Noen har barn som er født inntil tre måneder før termin og kan derfor ha vært på avdelingen i flere måneder. De har blitt vant til å være på institusjon med helsepersonell rundt seg døgkontinuerlig. Det er derfor ifølge informantene viktig å *“Forberede familien”* best mulig før hjemreise. De begynner tidlig å forberede familien på hjemreise, fordi det kan være *“Stor overgang”* å dra hjem for mange. Videre sier informantene at mange familier gleder seg til å dra hjem, men det kan likevel være skummelt. Avdelingen har kriterier som må oppfylles før de inkluderes i *Tidlig hjem*, men det er ønskelig å legge til rette for at *“Flest mulig kan få tilbudet”*. Som nevnt har det inntil nå vært *“Ingen begrensninger”* på hvor mange de har vært i *Tidlig hjem*. De har hatt inntil 5 familier samtidig, det er kriteriene som avgjør om de blir inkludert eller ikke.

Tilbudet som inngår i *Tidlig hjem* er et *“Frivillig tilbud”*. Det vil si det er ingen tvang å ta imot tilbudet. Noen få som oppfyller kriteriene takker nei, dette da de heller ønsker å være på avdelingen og motta den ordinære oppfølgingen. De aller fleste som får tilbudet takker ja, og ifølge informantene synes familiene dette er en fin måte å komme hjem på. Å motta denne oppfølgingen bidrar til at det blir tryggere å komme hjem etter et langt opphold på sykehus. Når informantene skal orientere familiene om tilbudet må de opptre på en tillitsskapende måte. De må kunne formidle til foreldrene at dette er et trygt tilbud å ta imot. Foreldrene må være sikker på at de får den oppfølgingen de har behov for ved hjemreise. Dersom de som helsepersonell uttrykker skepsis og tvil vil dette avsløres av foreldrene. I studien til Lindberg et al.

(2009) var noen av sykepleierne skeptiske i forkant til å bruke videokonferanse. Men når de ble kjent med systemet endret de oppfatning. Etter hvert så de på det å bruke videokonferanser som noe positivt og som kunne bidra til forbedring av helsetjenesten (Lindberg et al., 2009).

I forrige avsnitt ble det beskrevet at det også har blitt gitt tilbud til andre barn som ikke er i den gitte kategorien. Dette er med samme begrunnelse som ved *Tidlig hjem*, de kan dra hjem tidligere enn planlagt og det letter overgangen ved hjemreise. Ved å følge familier opp i en overgangsfase så vil de kunne bistå med å "*Trygge hjemreisen*". Når familiene drar hjem så sendes "*Informasjon om hjemreise*" til helsesykepleier i kommunen. Dette for at vedkommende skal følge familien opp i etterkant, og dermed vet at familien er dratt tidligere hjem. De gjør videre oppmerksom på at det er de på sykehuset som har ansvar for oppfølging, og at de har konsultasjoner 3 ganger per uke med familien. Det å bruke videokonsultasjon sammen med flere parter kommer denne studien tilbake til i et senere avsnitt, kapittel 6.5.1.

En viktig del av opplæring og forberedelse før hjemreise er "*Testing av utstyr*". Det er en del av sjekklista som gjennomgås at man skal være sikker på at utstyret fungerer. Det går på at foreldrene kjenner til systemet, og at det fungerer med lyd og bilde. Da ringer man hverandre opp mens familien enda er på avdelingen. Det å ha kjennskap til utstyret og at det oppleves brukervennlig er av stor betydning for oppfølging ved bruk av telemedisin. Dette gjelder naturligvis både hos de ansatte og for familiene. I utgangspunktet er det ulike utfordringer som kan oppstå. Det kan være både tekniske feil med utstyret og det kan være brukerfeil. Det er avgjørende for at et tilbud som *Tidlig hjem* skal fungere at de involverte har kunnskaper og ferdigheter som må til. Når man skal starte opplæring må det ta utgangspunkt i forkunnskapene til de involverte (Ruggeri et al., 2013). Deretter må opplæringen tilpasses den enkelte. I studien til Hägi-Pedersen et al. (2020) finner de ut at det er behov for stort fokus på opplæring i det å kommunisere på video, dette for å dra full nytte av det potensialet som er ved å bruke videokonsultasjoner.

Som en trygghet for familiene så får de beskjed om at de "*Kan ta kontakt hele døgnet*" med avdelingen dersom det skulle være nødvendig. Noen benytter seg av

det, men for de fleste er det en trygghet å vite at det er en mulighet. På avdelingen har de en oversikt over de familiene som er hjemme med oppfølging i tidlig hjem. Slik at det til enhver tid er kjent for de sykepleierne som er på vakt dersom det skulle komme henvendelse fra de som er hjemme. Dette gjøres på samme måte hos de som har et ambulerende tilbud (Hernæs, 2020b).

Funn
Letter overgangen mellom sykehus og hjem for familien
Viktig å teste at utstyret fungerer
Skaper økt trygghet for familien

#### 6.2.4 Oppsummering funn Forventet innsats

Oppsummering funn forventet innsats
Nødvendig opplæring avgjørende for tidlig hjemreise
Tjenestetilbudet i kontinuerlig endring og forbedring
Letter overgang mellom sykehus og hjem for familien

### 6.3 Sosial påvirkning

Kategorien sosial påvirkning har en kompleks rolle i teknologiaksept, og kan påvirke atferden gjennom ulike mekanismer. Det kan for eksempel være gjennom etterlevelse og at man tilegner seg det andre sier, som igjen kan medføre endringer av ens indre oppfatning (Venkatesh et al., 2003). Kondensering og analysearbeidet førte til 30 koder og 3 underkategorier.

### 6.3.1 Underkategori: Engasjement

Underkategorien engasjement er utarbeidet fra 17 koder. Når informantene ble spurt om hvordan holdningen og innstillingen til *Tidlig hjem* oppfølgingen er på avdelingen, kom det frem mange positivt ladet ord. Det var blant annet *“Motiverende”* og *“Oppleveres positivt”*. De opplever at alle på avdelingen har et forhold til dette tilbudet, og de har vunnet en forbedringspris. Dette har sannsynligvis bidratt til økt interesse for å videreutvikle tilbudet. De mener selv de gir et *“Bra tilbud”*. En av informantene sier det ofte er de involverte i et prosjekt som blir engasjert, men de opplever ikke det er tilfelle hos dem. De erfarer at dette er et utviklingsprosjekt som alle har tilknytning til, og derfor blir det et *“Positivt engasjement”*. Sosial påvirkning er viktig for hvordan et system blir mottatt i en organisasjon (BenMessaoud et al., 2011). Når tilbudet skulle etableres var det noe *“Skepsis i starten”* hos enkelte av de ansatte på avdelingen. En av informantene fremhevet at det sannsynligvis er slik med det meste når man implementerer noe nytt. Det er *“krevende med endring”*, men det har stort sett vært *“Liten skepsis”*. Flere ansatte har blitt engasjert og vist stor *“Interesse”*. En av informantene fortalte om en opplevelse av at *“Holdninger”* endres etter hvert som det blir mer kjent. En av informantene beskrev denne endringen som at nå er det flere av de ansatte som foreslår familier som kan være aktuelle for å inkluderes i *Tidlig hjem*. Dette understøttes av Venkatesh et al. (2012) sin teori om at omgivelsene har betydning for hvordan ny teknologi tas i bruk. Omgivelsene sin betydning vil ha en påvirkningskraft i ulik grad etter hvert som teknologien gjøres kjent (Venkatesh et al., 2012). Det kom også frem fra noen av informantene at de har en opplevelse av at avdelingen har en viss *“Stolthet”* over tilbudet. Det blir en økt *“Framsnakking”* av tilbudet. Det er et lite team som startet opp tilbudet og som har oppfølgingen av familiene. De har vært *“Pådrivere”* hele veien, og det fremheves viktigheten av kontinuitet i gruppa. En sier at det er ildsjeler som har drevet prosjektet fra starten, men når det gjelder opplæring er det slik at *“Alle bidrar”*. Eksempelvis bidrar alle ansatte i gjennomgang av sjekklister og opplæring, men så har de i *Tidlig hjem* siste informasjonen til familien. Dette støttes av De Waal og Batenburg (2012) som fant ut at for å få en vellykket implementering, så er brukerens engasjement og holdning til et system en viktig indikator. I tillegg påvirker disse personene selve implementeringsprosessen positivt (De Waal & Batenburg, 2012).



Når det gjelder holdninger og påvirkning i organisasjonen så har det vært en *“Positivisme fra ledelsen”*. De opplever å få både *“Støtte”* og *“Aksept”*. En av informantene sier hun opplever ledelsen har vært positive til tilbudet hele veien. Videre kommer det frem at de har støtte til å videreutvikle tilbudet fremover også.

Funn
Godt implementert tilbud
Ildsjeler skaper engasjement og stolthet blant de ansatte
Støtte fra ledelsen

### 6.3.2 Underkategori: Ressursbruk

I denne underkategorien som heter ressursbruk så er det 6 koder. Skal nå se nærmere på disse. Det er ressurskrevende å starte opp nye tjenester, det gjelder både tid, penger og helsepersonell. En mindre gruppe av de ansatte startet tjenesten og det har hele tiden vært *“Kontinuitet”* i Tidlig hjem. Dette er sannsynligvis en av flere grunner til at tilbudet nå er *“Godt implementert”* på avdelingen. Flere av informantene kommer inn på dette med *“Ressursbruk”*, og sier blant annet at det *“Frigjør ressurser”*. En informant begrunner det med at disse barna ikke er innlagt på avdelingen, slik frigjør det både plass og ressurser. Det kommer frem at det er *“Besparende på flere måter”*. Hovedformålet med tjenesten er tiltak til bedring for familien, men i ledelsen oppover i organisasjonen er det også en økonomisk interesse. Det vises at det er økonomisk besparende, noe som blant annet henger sammen med at liggedøgnene går ned. Videre kan sykepleierne følge opp flere pasienter på Skype enn når de er innlagt på avdelingene. Dette viser også studien til Bryan et.al (2015), der de fremhever flere fordeler med videokonsultasjoner. De nevner at det blir lik tilgang på spesialister, like tjenester uavhengig av bosted, og ikke minst reduserte kostnader for både helsevesenet og pasientene (Bryan et al., 2015). Det som vises i flere studier, også denne, er at det kan se ut som at ressurs sparing gjelder for alle involverte parter. Informantene understreker overfor ledelsen at målet ikke var å spare penger, for de trenger også en sykepleier som

skal ha videokonsultasjoner. Videre sier de at intensjonen med denne tjenesten er at familien skal være samlet og ha det bra i denne fasen som barnet skal lære seg å spise. Samtidig sier de det er positivt at det også har en økonomisk gevinst. En annen konsekvens av oppstart er at det er blitt en “Økt bruk av videokonsultasjoner” i organisasjonen. Blant annet er det blitt flere som har tatt i bruk video til polikliniske konsultasjoner. Dette har tatt seg mer opp spesielt etter at de fikk forbedringsprisen og økt fokus på tilbudet de gir. Det igjen vil ha en økonomisk påvirkning ved at færre trenger å reise til sykehuset for konsultasjoner som kan gjøres hjemmefra. Det er naturligvis en del kostnader med å implementere et nytt tjenestetilbud, og det avhenger av ulike faktorer (Bryan et al., 2015). Det som er telemedisinens største styrke er evne til å utjevne forskjellene med avstand og tid for å nå hele befolkningen. Denne styrken bør gjøre det mulig å utvikle bruk av telemedisin til å gjelde flere pasientgrupper (Bryan et al., 2015).

Funn
Ressursbesparende; både tid, økonomi og personell
Har medført økt bruk av videokonsultasjoner
Utjevner forskjeller i befolkningen

### 6.3.3 Underkategori: Motivasjon

Underkategorien som heter motivasjon er utarbeidet fra 7 koder. Informantene ble spurt om hvordan de ble påvirket av foreldrene på avdelingen angående *Tidlig hjem*. Det gjaldt alle foreldre, både de som ble inkludert og de som var innlagt på avdelingen. Det flere av informantene opplevde var at “*Tilbudet er kjent for mange*”, og det har vært “*Stor interesse*” hos foreldrene. De sier foreldrene ofte har satt seg godt inn i hva tilbudet går ut på. Kanskje har de lest om det eller kjenner noen som har fått tilbudet tidligere. Det viser at mange foreldre er motivert for å ta imot tilbudet. Hoerbst og Schweitzer (2015) sier at faktorer som motivasjon og informasjon om tjenesten har påvirkning på implementering av et nytt system. Som nevnt tidligere har motivasjonen til de ansatte vært stor og preget av stort engasjement. Fra starten

der noen få var skeptiske, til at det nå kan se ut som de fleste er motivert for å kunne utvikle tjenesten. Jacobsen og Thorsvik (2016) skriver om organisasjonskultur, der et sentralt begrep er at de «lærer av hverandre». I denne sammenheng kan det ses på som at når det oppleves som positivt for mange vil dette spre seg til flere og etter hvert bli en felles oppfattelse. Det kom også frem i undersøkelsen at tilbud om *Tidlig hjem* “Passer ikke for alle”. Noen familier takker nei når de får tilbudet. De kan for eksempel si: “Vi vil gjerne være her så lenge vi kan”. Men det er ikke mange. De fleste vil gjerne prøve det, og ser at de er veldig fornøyde når de har gjort det. En av informantene sier det da blir viktig å bruke litt tid på å trygge dem. For som tidligere sagt så er “Overgang til hjemmet” ganske overveldende for mange. Samtidig er det mange som akkurat derfor synes det er fint å ha den overgangen med oppfølging fra sykehuset i den første tiden etter hjemreise. I *Tidlig hjem* oppfølging er det satt “Kriterier for å motta tilbudet”, og det er lagt noen “Rammer for å gi tilbudet” fra avdelingen sin side. Og så lenge disse er oppfylt så får familien tilbud.

Funn
De fleste foreldre er motiverte til å motta tilbudet
Gode tjenester skaper økt motivasjon hos både ansatte og familiene
Noen familier ønsker å være lengst mulig på avdelingen

### 6.3.4 Oppsummering funn sosial påvirkning

Oppsummering funn sosial påvirkning
Godt implementert tilbud
Ildsjeler skaper engasjement og stolthet blant de ansatte
Ressursbesparende; både tid, økonomi og personell
Har medført økt bruk av videokonsultasjoner

## 6.4 Fasiliterende betingelser

Kategorien fasiliterende betingelser er den 4. hovedkategorien i UTAUT-modellen. Den omhandler brukerne av et system sine oppfatninger, om det finnes tilgjengelige ressurser og støtte for bruk av systemet. Det kan for eksempel være kunnskap om systemet, fysiske begrensninger, samt økonomiske og tidsmessige begrensninger (Venkatesh et al., 2003). Kondenseringen og analysearbeidet førte til 22 koder og 3 underkategorier. Informantene ble spurt om hvordan det er lagt opp til bruk av videokonferanse ved avdelingen. Videre hvordan de opplevde kvaliteten på lyd og bilde, og om de ansatte hadde nødvendig kompetanse for å kunne tilby denne oppfølgingen.

### 6.4.1 Underkategori: Utstyr og lokaliteter

Denne underkategorien som omhandler utstyr og lokaliteter er utarbeidet av 6 koder. *Tidlig hjem* kom i gang utfra noen ansatte som tok initiativ til å starte opp. Fordel med at det er de samme aktørene som skal gjennomføre oppfølging er at de kjenner avdelingen godt, og ser hvilke behov som finnes. Når man starter opp nye tjenester er det ulike hensyn å ta, både praktiske og organisatoriske. Siden de skulle starte et nytt tilbud i tillegg til den ordinære, måtte det få noen konsekvenser for lokalene deres. De ansatte har ordnet "*Eget rom*" til å ha videokonsultasjoner på. Det var opprinnelig et samtalerom som de har tatt i bruk, og derfor har de et "*Eget kontor*". De trenger en plass å være i fred og ro, og ikke blir avbrutt av andre. De kaller rommet "*Tidlig hjem - kontoret*", og det er avsatt tre dager i uken. Der kan de ha "*Full oppmerksomhet*" på familien de har møte med. Informantene fremhever viktigheten med ro og oppmerksomhet under konsultasjonen. De "*Planlegger videokonsultasjoner*" på de aktuelle dagene, og så settes det lapp på døra når videokonsultasjoner pågår, så blir det til at man "*Sitter uforstyrret*". På det aktuelle kontoret har de "*Eget utstyr til videokonsultasjon*". Samtlige av informantene opplyser at lokalene er bra og det er godt tilrettelagt med teknisk utstyr. Når man skal gjennomføre videokonsultasjoner er det viktig at begge parter har satt av tid og at lokalitetene er egnet. Dette handler både av hensyn til personvernet, og det å kunne holde fokus i en samtale. I studien til Hägi-Pedersen et al. (2020) kom det frem at det var mange forstyrrelser under videokonsultasjoner. Det gjaldt hos begge parter, både av sykepleiere og hjemme hos familien.

## Funn

Gode lokaler og god planlegging

Tilrettelagte fysiske forhold bidrar til økt kvalitet under konsultasjonen

Viktig med ro og avsatt tid for begge parter

### 6.4.2 Underkategori: Brukervennlighet

Brukervennlighet handler om at systemet skal være lett å lære, effektivt, lett å huske, håndtere feil på en god måte, samt at det skal være behagelig å bruke. Men brukervennlighet - eller brukskvalitet som er det mer korrekte begrepet - er ikke nok i seg selv til å skape gode brukeropplevelser. Denne underkategorien baserer seg på 9 koder. Informantene svarer jevnt over at de har et *“System som fungerer”*, at det tekniske *“Fungerer bra”*. I dag bruker de Skype, men de skal over til Whereby. Det har vært noen få situasjoner der det har vært utfordringer, men det tilhører sjeldenhetene. Dette viser også studien til Robinson et al. (2016). Telemedisin oppleves som en god helsetjeneste til nyfødte spedbarn. Alle sykepleierne brukte internett daglig både på jobb og hjemme, men ingen av dem hadde brukt Skype regelmessig (Robinson et al., 2016). De fant likevel Skype enkel å bruke. Det oppstod imidlertid sporadiske tekniske problemer, for eksempel vanskeligheter med å logge inn eller dårlig bildekvalitet (Robinson et al., 2016). Informantene i denne studien sier at *“Foreldrene har teknisk kompetanse”*. De sier at de fleste som får barn i dag er unge, og kan mye om teknisk utstyr. De er vant til å bruke nettbrett, pc og smarttelefoner i hverdagen. Samtlige opplever at det er *“God kvalitet”*, og de fremhever at det er *“Brukervennlig teknologi”*. Det byr på *“Få utfordringer”* og gir *“God bildekvalitet”* både på lyd og bilde. Det kommer frem at noen synes det er *“Overraskende bra kvalitet”*. En av informantene sier hun var overrasket og hadde ikke trodd det skulle bli så bra når de startet. Det som gjentas er *“Viktig med lys og lyd”* i forhold til å få gode observasjoner.

## Funn

Utstyret er brukervennlig for både helsepersonell og familiene

Brukervennlig utstyr har betydning for opplevelsen av videokonsultasjon

Overraskende god kvalitet

### 6.4.3 Underkategori: Kompetanse

Når man starter opp en ny digital tjeneste er man avhengig av en viss kompetanse hos de ansatte. Dette skal nå belyses nærmere utfra 8 koder. Informantene opplyste at de hadde "*Support før oppstart*". Da hadde de en felles opplæring og gjennomgang med ansatte fra e-helse avdelingen på sykehuset. Videre fikk de opplæring i å sende innkalling og føre journal. Dette var for å komme i gang. Så har det vært en "*Generell opplæring*" på sykehuset med bruk av videokonsultasjon. Men samtlige av informantene fremhever at det er enkel teknologi som brukes, og dermed "*Få utfordringer*" og behov for "*Lite support*" undervegs. Tilgjengelig brukerstøtte er en sentral fasilitet ifølge UTAUT-modellen (Venkatesh et al., 2003). Det handler også om systemet er kompatibelt med andre systemer som man bruker i jobbsammenheng, og om vedkommende synes systemet passer i arbeidsprosessen (Venkatesh et al., 2003). I dag brukes Skype til videokonsultasjon, men de skal "*Skifte system*". Whereby, som de skifter til skal ifølge informantene kobles til journalsystemet. Når man "*Skal skifte system*" er det spennende å se om dette fungerer like godt som det man er vant til å bruke. Ved oppstart av *Tidlig hjem* så var avdelingen inspirert av et lignende tilbud som gis i Danmark. Denne telemedisinske helsetjenesten til familier med premature barn, var den første av sitt slag i Norge. Som de selv sier så har de funnet ut mye på egen hånd, men de gir uttrykk for å ha vært "*Godt forberedt*". Det er god "*Kompetanse hos de ansatte*". En av informantene understreker at de som startet opp tilbudet hadde bred og variert erfaring. Videre var de engasjert og motivert for å iverksette en ny tjeneste. Noe som kan være styrkende for både oppstart og videreutvikling av tilbudet. Dette støttes også av Bano og Zowghi (2015), som sier at kunnskap om systemet de skal bruke vil påvirke utfallet av implementeringen. Graden av brukerinvolvering vil avgjøre om tjenesten

vil bli en suksess eller ikke (Bano & Zowghi, 2015). Informantene ga uttrykk for at det er enkel teknologi de bruker, og dermed lite behov for brukerstøtte underveis. Dette kan høres enkelt ut da man i mange studier ser at manglende brukerstøtte kan bidra til at en telemedisinsk løsning ikke fungerer. Dersom brukeren av et system ikke innehar den rette kompetansen slik disse informantene har så vil det kunne påvirke bruken av systemet. Sligo et al. (2017) viser til at om man bruker systemet feil eller det fører til merarbeid for brukeren, så vil det kunne være et hinder for en vellykket implementering.

<b>Funn</b>
Opplæring i forkant av oppstart
Lite problemer med utstyr og system
Positiv innstilling og god kompetanse hos de ansatte

#### **6.4.4 Oppsummering funn fasiliterende betingelser**

<b>Oppsummering funn fasiliterende betingelser</b>
Tilrettelagte fysiske forhold bidrar til økt kvalitet under konsultasjonen
Utstyret er brukervennlig for både helsepersonell og familiene
Overraskende god kvalitet

## 6.5. Andre funn

Datainnsamlingen er gjort med utgangspunkt i UTAUT- modellen, og de fire forhåndsdefinerte kategoriene. Noe av informasjonen som ble innhentet passet ikke inn i de kategoriene. Det er derfor laget 2 tilleggs kategorier som forklares nærmere her, samhandling med andre instanser og pandemi.

### 6.5.1 Samhandling med andre instanser

Videokonsultasjon var planlagt som kommunikasjon mellom familien og spesialsykepleierne på avdelingen med faste møtedager, og slik praktiseres det i dag. En av informantene sa det fra starten hadde vært plan at andre kunne delta, men at dette ikke hadde blitt noe av. Denne oppfølgingen er som om familien er innlagt i avdelingen, og da er det vanlig at det kun er familie og sykepleier. Noen informanter sier det hadde vært positivt om andre aktører vil delta, men at det ikke gjøres i dag. Det kunne for eksempel være samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter på video, da med de barna og familiene som har behov for en tettere og mer tverrfaglig oppfølging. Kanskje kunne det vært en av mulighetene for videreutvikling av tilbudet. En av informantene fremhevet at dersom helsesykepleier ble koblet på tidlig i forløpet så kunne det bli en mykere overgang, og familien ble kjent med vedkommende før de overtok ansvaret. Bryan et al. (2015) fremhever at telemedisin kan bidra til god samhandling gjennom felles møter mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Dette kan medføre at omsorgen og oppfølgingen blir mer pasientsentrert.

Funn
Mulighet for bedre samhandlingen rundt den enkelte familie
Videokonsultasjon kan bidra til en mer helhetlig tjeneste



## 6.5.2 Pandemi

Den pågående pandemien (Covid-19) i landet og verden for øvrig har påvirket hele samfunnet, inkludert spesialisthelsetjenesten. Det har blant annet medført økt bruk av videokonsultasjoner. Fra at det var noen få enheter som hadde telemedisinsk oppfølging, så har nå flere nye instanser tilbudt denne tjenesten. Hos noen har det kanskje vært en plan lenge, som nå ble iverksatt. For andre har det kommet som en helt nødvendig tjeneste da det periodevis ikke var andre alternativ. Blant annet har fastlegene hatt en stor økning på bruk av videokonsultasjoner, og dette er noe som mange ønsker å fortsette med senere også (Tømmerbakke, 2020). I spesialisthelsetjeneste er det flere som nå tilbyr polikliniske konsultasjoner på video. Dette fortalte også informantene i denne studien om, det var økt bruk av video i andre deler av tjenesten. *Tidlig hjem* oppfølgingen var godt etablert når pandemien oppsto, så den var kommet i gang uavhengig av den. Men informantene sier likevel at den har påvirket tilbudet. De sier at det har tatt seg mer opp, og at det mulig er enda større ønske fra familiene nå om å kunne motta dette tilbudet. Dette kan ha en sammenheng med at det har vært strenge besøksrestriksjoner på sykehuset. Det vil blant annet si at søsken ikke har kunnet komme på besøk. Noe som har gjort at det har vært ytterligere vanskelig å kunne samle hele familien. Videre har det vært ønske om å unngå unødvendige reiser. I denne regionen er det lange avstander og mange er avhengig av å reise kollektivt. Så det kan nok også være en av grunnene til at det er ønskelig med oppfølging i hjemmet.

### Funn

Pandemien har ført til økt bruk av videokonsultasjoner

Viktig at man tar de erfaringene med seg i videreutvikling av helsetjenesten.

## 6.6 Oppsummering av funn

Denne undersøkelsen har gjennom diskusjonsdelen gjort funn som er oppsummert under hver kategori i dette kapitlet. De funnene som anses å ha stor betydning for å bruke videokonsultasjon i oppfølging av familier med premature barn presenteres her samlet.

Hovedfunn
Trygghet og tillit er en forutsetning for oppfølging ved bruk av video
Høyere kvalitet på oppfølging ved bruk av video
Videokonsultasjon kan bidra til familiesentrert omsorg
Faglig forsvarlig
Like tjenester uavhengig av geografisk bosted
Nødvendig opplæring avgjørende for tidlig hjemreise
Tjenestetilbudet i kontinuerlig endring og forbedring
Letter overgang mellom sykehus og hjem for familien
Godt implementert tilbud
Ildsjeler skaper engasjement og stolthet blant de ansatte
Ressursbesparende; både tid, økonomi og personell
Tilrettelagte fysiske forhold bidrar til økt kvalitet under konsultasjonen
Utstyret er brukervennlig for både helsepersonell og familiene
Overraskende god kvalitet
Videokonsultasjon kan bidra til en mer helhetlig tjeneste
Pandemien har ført til økt bruk av videokonsultasjoner

## 7. Konklusjon

Dette prosjektet har gått ut på å undersøke spesialsykepleierne sine erfaringer ved bruk av videokonsultasjon til familier med premature barn. Det ble satt noen mål og hypoteser ved starten av prosjektet som nå skal evalueres. Et av målene var å få innsikt i erfaringen til de som bruker dette verktøyet, og det må kunne sies har blitt gjort. Det er gjennomført individuelle intervju med informanter som har erfaring og kompetanse om tema. Det har gitt kunnskap som kan brukes til videre arbeid innen fagfeltet. Det andre målet var om man kunne finne ut om det var noen nytteverdi å bruke videokonsultasjon. Videre om det var mulig å sammenligne bruk av video med ordinær oppfølging. Dette var et mål som kunne være utfordrende å finne ut av. Å måle nytteverdi kan være vanskelig, men informantene sine erfaringer og opplevelser sa mye om hvordan de vurderte nytteverdien. Det som også kom frem var informantene sine klare oppfatninger om de to ulike oppfølgingene, og at de kunne sammenligne de med hverandre. De anså *Tidlig hjem* oppfølging som et godt og forsvarlig tilbud. Dette i en fase der familien istedenfor å være innlagt på sykehus kunne være hjemme og få veiledning og oppfølging på video.

Når man tar utgangspunkt i de hypotesene som ble satt opp i forkant av prosjektet, ser man at noe kan bekreftes. En av hypotesene omhandlet at det er vanskelig å få like gode observasjoner av barnet på video som når man har fysisk kontakt. Til dette kunne informantene si at største forskjellen mellom ordinær oppfølging og video oppfølging er den fysiske kontakten. Det å ta i barnet er en stor del av observasjonsmetoden spesialsykepleierne bruker. Likevel kunne de opplyse at de fikk gode visuelle observasjoner på video. Det var bedre kvalitet enn flere av de hadde tenkt på forhånd. Den andre hypotesen var en påstand om at når familier med premature barn får oppfølging ved bruk av video hjemme, kan de dra tidligere hjem fra sykehus. Dette medfører økt ro og stabilitet i familien hjemme. Denne påstanden ble bekreftet av informantene. Hensikten med *Tidlig hjem* er nettopp at familien skal kunne samles hjemme som en hel familie, inkludert eldre søsken. De fremhever viktigheten med familiesentrert omsorg, og at det er vanskelig å få til når familien er innlagt på sykehus.

Det ble brukt et teoretisk rammeverk, UTAUT som grunnlag for datainnsamling. Det ble gjennomført semistrukturerte intervju og det kom i den anledning noen funn i tillegg til de forhåndsdefinerte kategoriene. Man kan se både fordeler og bakdeler med å bruke et rammeverk. Det blir en struktur i dataene, samtidig så er faren at man kan miste viktig informasjon. Når man skal oppsummere denne oppgaven så må hovedbudskapet være at innføring av videokonsultasjon til familier med premature barn er et tjenestetilbud som har vært vellykket. Det er et tilbud som passer for mange familier, og som bidrar til en mer familiesentrert omsorg. Videre har det kommet frem at det er ressursbesparende i form av både tid og økonomi. Det er også fremhevet at kvaliteten er god, til dels bedre enn den ordinære oppfølgingen. Samtlige av informantene hevdet at denne tjenesten var et faglig forsvarlig tilbud. Selv om det er et tilbud som passer for mange, så gjelder det ikke alle. Det er derfor viktig med gode vurderinger i forkant. Noen har nytte og behov av å motta ordinær oppfølging med fysisk tilgang på helsepersonell. Informantene fikk frem at det var viktig med gode forberedelser før hjemreise for å trygge overgangen, blant annet opplæring til familiene.

Bruk av teknisk utstyr fremsto i denne oppgaven som lite utfordrende. Det var noe uventet, da brukeropplevelsen kan variere når man skal implementere noe nytt på en avdeling. Informantene fremhevet at det var et enkelt system og at det var brukervennlig både for de ansatte og for pasientene.

For å oppnå bedre innsikt i tjenestetilbudet, hadde det vært nyttig å undersøke foreldreperspektivet. Dette for å se om det er sammenfallende funn med helsepersonell sine erfaringer. Ellers viser oppgaven at tilbudet har potensial for videreutvikling. De involverte er opptatt av kontinuerlig forbedring og tilbudet kan utvides til flere pasientgrupper. Antar at de erfaringene som *Tidlig hjem* har gjort, kan andre benytte seg av. Dette med bakgrunn i at samtlige av informantene hadde positive erfaringer. Vurderer denne undersøkelsen sine funn til å ha en overførbarhet til andre tilsvarende tjenester som planlegger tilbud om videokonsultasjon. Det er et område som det finnes relativt lite forskning på, og det er åpenbart et behov for dette i fremtiden.

## Litteraturliste

- Aanestad, M. & Olaussen, I. (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren- Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* Tapir Akademiske Forlag.
- Aune, G. & Aanestad, M. (2019). *Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten hjemme hos pasienten: muligheter og utfordringer ved bruk av videokonferanse*. I: Ingunn Brita Moser (red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok*. ISBN: 9788202536480. Cappelen Damm Akademisk.
- Bano, M., & Zowghi, D. (2015). A systematic review on the relationship between user involvement and system success. *Information and Software Technology*, Volume 58, 148-169. <https://doi.org/10.1016/j.infsof.2014.06.011>
- BenMessaoud, C., Kharrazi, H., og MacDorman, K. F. (2011). Facilitators and barriers to adopting robotic-assisted surgery: Contextualizing the unified theory of acceptance and use of technology. *PLoS ONE*, 6(1): e16395 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016395>
- Boysen, E.S. (2019). *Virtuelt hjemmesykehus*. Sintef. <https://www.sintef.no/prosjekter/2019/virtuelt-hjemmesykehus/>
- Brødsgaard, A., Zimmermann, R. & Petersen, M. (2015) A preterm lifeline: Early discharge programme based on family-centred care. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, Volume20, Issue4, Pages 232-243. <https://doi.org/10.1111/jspn.12120>
- Burke, B.L., Hall, R.W. & the SECTION ON TELEHEALTH CARE (2015). Telemedicine: Pediatric Applications. *Pediatrics*, 136 (1) e293-e308 <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1517>
- Das, A., Reitan, J., Holbø, K., Boysen, E. S. & Ausen, D. (2018). *Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer*. Tjenesteutvikling i nasjonalt prosjekt. SINTEF. [Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer](#).

De Waal, B. M. & Batenburg, R., & (2012). What makes end-user training successful? A mixed method study of a business process management system implementation. *International Journal of Knowledge and Learning*, Vol. 8, No. ½. <http://dx.doi.org/10.1504/IJKL.2012.047569>

Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet (2019). *Sluttanbefalinger fra utredningsoppdrag om nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging*. [Sluttrapport utredningsoppdrag](#)

Direktoratet for e-helse (2017a). *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Oppdatert 2019. [Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022](#)

Direktoratet for e-helse (2017b). *Plan for e-helse 2019–2022 Vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022*. Oppdatert 2019. [Plan for e-helse 2019–2022](#)

Direktoratet for e-helse (2020a). *Kraftig økning i bruk av digitale helsetjenester under koronakrisen*. [Kraftig økning i bruk av digitale helsetjenester under koronakrisen](#)

Direktoratet for e-helse (2020b). *Rapport Utviklingstrekk 2020 - Drivere og trender for e-helseutviklingen*. [Rapport: Utviklingstrekk 2020 - ehelse](#)

Direktoratet for e-helse (2020c). *Korona: Informasjon til pasient ved bruk av videokonsultasjon med helsepersonell*. [Korona: Informasjon til pasient](#)

Direktoratet for e-helse (2020d). *Normen, Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren*. [Normen v6.0](#)

Direktoratet for e-helse (2020e). *Veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner (velferdsteknologi)*. Versjon 3.0. [Veileder \(velferdsteknologi\)](#)

- Direktoratet for e-helse (2020f). *Korona: Slik kommer du i gang med videokonsultasjon*. [Korona: Slik kommer du i gang med videokonsultasjon](#)
- Direktoratet for e-helse (2021a). *Normen, Veileder for bruk av video, lyd og bilde i helse- og omsorgssektoren*. [Veileder for bruk av video, lyd og bilde](#)
- Direktoratet for e-helse (2021b). *Om Direktoratet for e-helse*.  
[Om Direktoratet for e-helse - ehelse](#)
- Ekeland, A.G., Hansen, A.H. & Bergmo, T.S. (2018). Clinical Videoconferencing as eHealth: A Critical-Realist Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Medical Internet Research*. 20(10): e282. <https://doi.org/10.2196/jmir.8497>
- Ekeland, A.G. (2019). Videokonferanse i sykehus: fire trender. Faktaark nr. 3/2019 *Nasjonalt senter for e-helseforskning*. [Videokonferanse i sykehus: fire trender](#)
- Folkehelseinstituttet (2017). *Hjemmesykehus trolig et godt alternativ*.  
<https://www.fhi.no/publ/2017/hjemmesykehus-trolig-et-godt-alternativ/>
- Gardner, M.R., Jenkins, S.M, O'Neil, D. A., Tre, D.L., Spurrier, B.R. & Pruthi, S. (2015). Perceptions of Video-Based Appointments from the Patient's Home: A Patient Survey. *Telemedicine and e-Health*, Volume: 21 Issue 4: 281-285.  
<https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0037>
- Garne, K., Brødsgaard, A., Zachariassen, G. & Clemensen, J. (2016). Telemedicine in neonatal home care: Identifying parental needs through participatory design. *JMIR Research Protocols*, 5(3): e100.  
<https://doi.org/10.2196/resprot.5467>
- Garne Holm, K., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A.C. (2019) Parents perspectives of neonatal tele- homecare: A qualitative study. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 25(4): 221- 229.  
<http://doi.org/10.1177/1357633X18765059>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, measures to achieve trustworthiness. *National Library of Medicine, Nurse Education Today*, 2004 Feb;24(2):105-12. [doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)

Hägi-Pedersen, M.B. Kronborg, H. & Norlyk, A. (2020) Video consultation as nursing practice during early in-home care for premature infants and families viewed from the families' homes'. *Nursing Open*. Volume 8, Issue 2, 824-832 <https://doi.org/10.1002/nop2.687>

Hartvigsen, G. & Pedersen, S. (2015). *Lessons learned from 25 years with telemedicine in Northern Norway*. University Hospital of North Norway, Norwegian Centre for Integrated Care and Telemedicine <https://munin.uit.no/handle/10037/8967>

Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Haukom, L.M & Petterson, I.B. (2019). *Faktorer som fremmer vellykket implementering av Kompetanseportalen i sykehus*. Universitetet i Agder.

Helsebiblioteket (2016). *Kvalitativ metode*. <https://www.helsebiblioteket.no/>

Helsedirektoratet, (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling sykehustjenester. [Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn](#)

Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi - Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. [Velferdsteknologi Fagrapport om implementering](#)

Helsedirektoratet, (2017) *Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*. [Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet](#)



Helsedirektoratet (2019a). *E-konsultasjon og triage hos fastlege Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*. [E-konsultasjon og triage hos fastlege](#)

Helsedirektoratet (2019b). *Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet*. Nasjonal faglig retningslinje. [Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet](#)

Hernæs, N. (2020a). *Hjemmesykehus er i ferd med å ta av*. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2020/03/hjemmesykehus-er-i-ferd-med-ta-av>

Hernæs, N. (2020b). *Alle barn som ikke må være på sykehuset, bør få være hjemme*. *Sykepleien*. [Alle barn som ikke må være på sykehuset, bør få være hjemme](#)

Hilberts, S. & Gray, K. (2014). Education as ehealth infrastructure: considerations in advancing a national agenda for ehealth. *Advances in Health Sciences Education*, 19(1):115-127. [doi: 10.1007/s10459-013-9442-z](https://doi.org/10.1007/s10459-013-9442-z)

Hoerbst, A., og Schweitzer, M. (2015). *A Systematic Investigation on Barriers and Critical Success Factors for Clinical Information Systems in Integrated Care Settings*. *Yearbook of Medical Informatics*, 24(01): 79-89 <https://doi.org/10.15265/iy-2015-018>

Holm, K.G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A.C., (2018) Parents perspectives of neonatal tele- homecare: A qualitative study. *Journal of Telemedicine and Telecare* 25(4): 221- 229. <http://doi.org/10.1177/1357633X18765059>

Hsieh, H.F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*.15(9):1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Jackson, K. & Wigert, H. (2013). *Familiecentrerad Neonatalvård*. Studentlitteratur.

- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 3.utgave. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I., og Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5.Utgave, Fagbokforlaget.
- Jenssen, B. P., Mitra, N., Shah, A., Wan, F., & Grande, D. (2016). Using Digital Technology to Engage and Communicate with Patients: A Survey of Patient Attitudes. *Journal of General Internal Medicine*. 31(1):85-92.  
[doi: 10.1007/s11606-015-3517-x](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3517-x)
- Jiang, S., Warre, S., Qiu, X., O'Brien, K, Lee, S.K. (2014) Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development* 90(14) 781-785.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019>
- Johannessen, A, Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5.utgave. Abstrakt forlag.
- Khechine, H., Lakhal, S. & Ndjambou, P. (2016). A meta-analysis of the UTAUT model: Eleven years later. *Canadian Journal of Administrative Sciences /Revue Canadienne des Sciences de l'administration*. 33(2), 138-152  
<https://doi.org/10.1002/cjas.1381>
- Kisekka, V. & Giboney, J. S. (2018). The Effectiveness of Health Care Information Technologies: Evaluation of Trust, Security Beliefs, and Privacy as Determinants of Health Care Outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e107 <https://doi.org/10.2196/jmir.9014>
- Kolstrup, N. (2016). Muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten. Faktaark nr. 1/2016. *Nasjonalt senter for e-helseforskning*. [Muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten](#)

- KS, Direktoratet for e-helse & Helsedirektoratet (2020). *Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon. Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Versjon 1.2. [Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon](#)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Gyldendal akademisk.
- Kvasnes, H. & Nilsen, P. (2017). Brukeraksept for e-terapi blant norske profesjonsstudenter i psykologi En tilpasset UTAUT 2-modell. *Universitetet i Oslo*. [Brukeraksept for e-terapi blant norske profesjonsstudenter i psykologi](#)
- Leavitt, H. J. (1965). *Applied organisational change in industry: Structural, technological and humanistic approaches*. In J. G. March (Ed.), *Handbook of Organizations*. Routledge. eBook Published 20 March 2013. <https://doi.org/10.4324/9780203629130>
- Li, J., Talaei-Khoei, A., Seale, H., Ray, P. & MacIntyre, C.R. (2013). Health Care Provider Adoption of eHealth: Systematic Literature Review. *Interactive Journal of Medical Research*. 2(1): e7 <https://doi.org/10.2196/ijmr.2468>
- Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhrling, K. (2009). Experience with videoconferencing between a neonatal unit and the families' home from the perspective of certified paediatric nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 15(6):275-280. <https://doi.org/10.1258%2Fjtt.2009.090112>
- Liu, L., Miguel Cruz, A., Rios Rincon, A., Buttar, V., Ranson, Q. & Goertzen, D. (2015). What factors determine therapists' acceptance of new technologies for rehabilitation – a study using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). *Disability and Rehabilitation*, 37:5, 447-455 <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923529>
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Unipub forlag. ISBN 9788274772366

Lund, M. Hansen, M. & Lunnay, M.L. (2020). Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype. *Sykepleien*.

[Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype Fagutvikling](#)

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utgave. Universitetsforlaget.

Meld. St. 9. (2012-2013). *Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>.

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#),

[kortversjon](#)

Nasjonalt senter for e-helseforskning (2020). *Kunnskap for bedre helsetjenester*.

[Kunnskap for bedre helsetjenester - Ehealthresearch.no \(NO\)](#)

Norsk Helseinformatikk (2019). *For tidlig fødsel - prematuritet*.

<https://nhi.no/sykdommer/barn/nyfodtmedisin/for-tidlig-fodsel-prematuritet/>

Norsk Helsenet (2021). *Hva er Helsenet?* [Helsenettet](#)

Rasmussen, M.K., Clemensen, J., Zachariassen G., Kidholm, K., Brødsgaard, A., Smith, A.C., & Holm, K.G. (2019) Cost analysis of neonatal tele-homecare for preterm infants compared to hospital-based care. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 26(7-8):474-481. <https://doi.org/10.1177/1357633X19843753>

Robinson, C., Gund, A., Sjöqvist, B-A. & Bry, K. (2016). Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits. *ACTA Pædiatrica*. 105(8): 902-909

<https://doi.org/10.1111/apa.13407>

Ruggeri, K., Farrington, C. & Brayne, C. (2013). A Global Model for Effective Use and Evaluation of eLearning in Health. *Telemedicine and e-Health*. 312-321  
<https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0175>

Selvaag, E., Lang, A., Andresen, J.H., & Frøisland, D.H. (2020). Familiesentrert nyfødttmedisin er en nødvendighet. *Dagens medisin*.  
[Familiesentrert nyfødttmedisin er en nødvendighet - Debatt og kronikk](#)

Sligo, J., Gauld, R., Roberts, V., & Villa, L. (2017). A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. *International Journal of Medical Informatics*, 97, 86-97.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007>

Spivak, A., Dohan, M., Wu, S. & Zhao, W. (2019). Patient Trust and Resistance towards Patient Portals. *Transactions of the International Conference on Health Information Technology Advancement*. 69.  
[https://scholarworks.wmich.edu/ichita\\_transactions/69](https://scholarworks.wmich.edu/ichita_transactions/69)

Store medisinske leksikon (2019). *e-helse*. [e-helse – Store medisinske leksikon](#)

Store medisinske leksikon (2020). *Telemedisin*.  
[telemedisin – Store medisinske leksikon](#)

St. Olavs hospital HF (2020). *Videokonsultasjon*. [Videokonsultasjon](#)

Sunnaas sykehus HF (2021). *Videomøte og videokonsultasjon - samhandling på skjerm*. [Videomøte og videokonsultasjon](#)

Sykehuset i Vestfold HF (2020). *Virtuelt hjemmesykehus for barn*.  
<https://www.siv.no/virtuelt-hjemmesykehus>

Tømmerbakke, S.G. (2020). Undersøkelse: Åtte av ti fastleger vil fortsette med video etter covid-19. *Dagens medisin*  
[Undersøkelse: Åtte av ti fastleger vil fortsette med video etter covid-19](#)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2019). *Tidlig hjem*.

[Tidlig hjem - Universitetssykehuset Nord-Norge](#)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2020). *Videokonsultasjon*.

[Videokonsultasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge](#)

Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478. <https://doi.org/10.2307/30036540>

Venkatesh, V., 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>

Williams, M., Rana, N. & Dwivedi, Y. (2015). The unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT): A literature review. *Journal of Enterprise Information Management*, 28(3), 443-488. <https://doi.org/10.1108/JEIM-09-2014-0088>

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

Tema (UTAUT)	Spørsmål	Stikkord/hjelpespørsmål
<b>Moderatorer</b>	<p>Vil du innledningsvis fortelle litt om deg selv i forhold til stilling, erfaring og antall år ved avdelingen?</p>	<p>Kjønn, Stilling, (Alder/fødselsår)</p> <p>Hvilken stilling besitter du?</p> <p>Hvor mange år har du jobbet ved avdelingen?</p> <p>Antall år ved lignende arbeid/klinisk virksomhet</p>
<p><b>Nytteverdi</b></p> <p>Performance Expectancy (PE)</p>	<p>Hvordan opplever du at den ordinære oppfølgingen av familier foregår på din avdeling? Kan du fortelle litt om det?</p> <p>Hvordan opplever du at bruk av video i oppfølgingen foregår på din avdeling?</p> <p>Hvordan opplever familiene dette slik du ser det?</p> <p>Hva er den største forskjellen på denne type oppfølging(video) og «vanlig» oppfølging slik du ser det?</p> <p>På en skala fra 1-10:</p>	<p>Hvilken nytte vil du som ansatt ha av å bruke video (Skype) ved oppfølging i hjemmet?</p> <p>Hvilken nytte vil familien ha ved å bruke video (Skype) ved oppfølging i hjemmet?</p> <p>Hva tenker du om fordeler og ulemper ved å ta i bruk videokonferanse i forbindelse med oppfølging av familier med for tidligfødte barn?</p> <p>Hvilke faktorer vil du legge til grunn for å vurdere om prosjektet blir en suksess?</p> <p>Hvilke faktorer ser du som vil hemme dette prosjektet?</p> <p>Vurderer du det som faglig forsvarlig oppfølging?</p>

	<p>Hvor god kontakt oppnår du med foreldrene ved vanlig oppfølging? Enn via video?</p> <p>Hvor god kontakt/observasjon av barnet opplever du ved vanlig oppfølging? Enn ved bruk av video?</p>	<p>Får du gjort nødvendige observasjoner o.l.? Kan det bli mangelfullt?</p>
<p><b>Forventet innsats</b></p> <p>Effort Expectancy (EE)</p>	<p>Hvordan opplever du at bruk av video som en teknologisk løsning fungerer ved din avdeling?</p> <p>På en skala fra 1-10: Hvor god lyd/bilde kvalitet opplever du at det er?</p> <p>Hva tenker du må til for at dere eventuelt skal kunne ta i bruk/øke bruken med video som et verktøy i forbindelse med oppfølging i hjemmet?</p> <p>Bruk av video har sannsynligvis medført endrede arbeidsrutiner for flere ved din avdeling. Hvordan har dere blitt forberedt på det?</p>	<p>Brukervennlighet</p> <p>Vil du forteller om hvordan du opplever å bruke utstyret? Utfordringer?</p> <p>Har dere det utstyret som trengs? Hva må eventuelt til av (ytterligere) opplæring?</p> <p>Ser du eventuelt for deg noen endringsforslag?</p> <p>Tidsfaktor; spart eller økt tidsbruk?</p>



<p><b>Sosial påvirkning</b></p> <p>Social Influence (SI)</p>	<p>Hvordan, eller i hvilken grad blir du påvirket av kollegaene dine i bruk av video som et verktøy i oppfølging av familier?</p> <p>Hvordan blir du påvirket av ledelsen i bruk av video som et verktøy?</p> <p>Hvordan blir du påvirket av foreldrene til de for tidlig fødte barna, til å bruke video som et verktøy?</p>	<p>Holdninger-motivasjon kollegaer/ledelse påvirkes man av hverandre</p> <p>Hvordan er motivasjonen til de ansatte for denne endringen?</p> <p>Hvordan er motivasjonen til familiene for denne endringen?</p>
<p><b>Fasiliterende betingelser</b></p> <p>Facilitating Conditions (FC)</p>	<p>Hvordan er det lagt opp til bruk av videokonferanse ved din avdeling?</p> <p>På en skala fra 1-10: Hvor godt tilrettelagt er det på din avdeling for bruk av video?</p> <p>Hva tenker du om kompetansen som trengs for å ta i bruk dette utstyret? Har de ansatte denne?</p> <p>Hva eller hvem avgjør hvem som skal bruke dette verktøyet?</p> <p>Har avdelingen noen plan for videre utvikling av denne type oppfølging, og i så fall hva vet du om dette?</p>	<p>Vil du forteller om hvordan du opplever tilgjengeligheten på utstyret?</p> <p>Brukerstøtte-kontakt/support Ledelsesforankring Tid-ressurser til dette? Spare tid eller stjeler tid? Møterom?</p> <p>Er det tilrettelagt for opplæring og utvikling?</p> <p>Er det lagt opp til at andre kan delta på videomøtene? F.eks. helsesykepleier, fastlege o.l.</p> <p>Frivillighetsspørsmål Pålagt fra ledelse eller hvorvidt det er frivillig?</p>

		Eksisterer det noen retningslinjer internt for bruk av videokonferanse?
<b>Sjekk at disse spørsmålene er besvart</b>	<p>Hva tenker du må til for at du skal kunne bruke video som et verktøy i oppfølging av familier?</p> <p>Hvilke faktorer og hva skal til for at du anser dette som en god oppfølging, og har dette blitt til det bedre/verre?</p>	<p>Hva er din erfaring generelt med bruk av video som kommunikasjon i jobbsammenheng?</p> <p>- I så fall hvilken, og vil du fortelle mer om det?</p> <p>- Hvilke program? (Skype for Business etc.)</p>

Til slutt; **Er det noe du vil si om dette tema som vi ikke har spurt deg om?**

## **Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykke om deltakelse i Masterprosjekt**

Forespørsel om deltakelse i Mastergradsprosjektet:

### **Videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten**

#### **Bakgrunn og formål**

Studieprosjektet er en del av masterstudiet Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Det er ønskelig å fokusere på bruken av video som et verktøy i helsetjenesten, hvor formålet er å få innblikk i helsepersonell sine erfaringer i oppfølging av pasienter. Ved endt prosjekt håper man å ha bidratt til økt forståelse av nettopp dette.

Temaet for prosjektet er *«Helsepersonell sine erfaringer med oppfølging av familier med for tidlig fødte barn ved bruk av video»*.

#### **Hvem er ansvarlig for studieprosjektet?**

Deltaker i prosjektgruppen er student; Sigrid Selheim Huglen og veileder Professor Gunnar Hartvigsen som er ansvarlig for prosjektet. Ansvarlig institusjon er Universitetet i Agder, Fakultet for Helse- og Idrettsvitenskap.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Avdelingen du jobber på bruker video for å følge opp familier som er dradd hjem fra sykehuset. Vi er interessert i å kartlegge helsepersonell sine erfaringer ved bruk av video

Vi har fått tillatelse fra seksjonsleder å spørre aktuelle kandidater, men det er naturligvis opp til deg om du ønsker å delta i prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Vi planlegger å utføre individuelle intervjuer med hver enkelt deltaker. I intervjuet vil deltakeren bli spurt om blant annet egen erfaring med bruk av video i helsevesenet. Hele intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker ved hjelp av en digital diktafon før de transkriberes (se side 2 for utfyllende informasjon).

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju med meg som student. Det vil ta deg ca. 30 minutter. Intervjuet vil foregå på UNN og bli gjennomført enten via vanlig samtale, video eller pr. telefon. Spørsmålene vil i hovedsak omhandle oppfølging

av familier i forbindelse med utskrivelse, og bruk av video i denne sammenheng. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, og senere transkribert.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Personer som vil ha midlertidig tilgang til dine opplysninger vil være student Sigrid Selheim Huglen og veileder Gunnar Hartvigsen.

Alle opplysninger vil bli lagret på Universitetet i Agder sine krypterte servere. Alle opptak vil bli transkribert og lydopptak vil slettes fortløpende. De skriftlige dokumentene vil bli identifisert med en kode som lagres på en navneliste som er adskilt fra filene som oppbevares på den krypterte serveren. Ingen av dine data vil bli behandlet av tredjepartsaktører eller andre institusjoner i Norge eller utlandet (herunder også utenfor EU).

### **Hva skjer med opplysningene dine når masterprosjektet avsluttes?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. juni 2021. Datamaterialet skal da være endelig anonymisert og dine personopplysninger og lydopptak vil da være slettet.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

### Ansvarlig student:

Sigrid Selheim Huglen - [sigridhuglen@hotmail.com](mailto:sigridhuglen@hotmail.com)

Tlf. 90 15 44 10

### Studieveileder:

Gunnar Hartvigsen, Universitetet i Agder - [gunnar.hartvigsen@uia.no](mailto:gunnar.hartvigsen@uia.no)

Tlf. 90 65 77 85

### Verneombud:

Ina Danielsen - [ina.danielsen@uia.no](mailto:ina.danielsen@uia.no) eller [personvernombud@uia.no](mailto:personvernombud@uia.no).

Tlf: 38 14 21 40

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

(Veileder/Professor)

Gunnar Hartvigsen

Sigrid Selheim Huglen

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om studieprosjektet «*Helsepersonell sine erfaringer med oppfølging av familier ved bruk av video*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i *intervju*.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.15.juni 2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 Søknad om tillatelse til innhenting av data

Til: Seksjonsleder v/Nyfødt Intensiv

### SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med Masteroppgave i helse- og sosialinformatikk er det ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted: Nyfødt Intensiv

Tema: Bruk av videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten

Foreløpig problemformulering: «*Hvordan kan helsepersonell følge opp familier med tidlig fødte barn ved bruk av video?*»

Veileder ved universitetet:

Professor Gunnar Hartvigsen; [gunnar.hartvigsen@uia.no](mailto:gunnar.hartvigsen@uia.no)

#### **Hensikt med datainnsamling:**

Å få innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har ved å følge opp familier med tidlig fødte barn ved bruk av video. Prøve å finne ut om bruk av video har en nytteverdi og eventuell effekt sammenlignet med eller i tillegg til ordinær oppfølging.

#### **Metode for datainnsamling:**

Intervju, individuelt.

#### **Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:**

Populasjon/utvalg: Ansatte ved avdelingen som er delaktig i utskrivelsen av pasienter, og som følger opp de aktuelle familiene i etterkant av innleggelsen.

Ønsket antall respondenter: 5-10 personer

Tidspunkt/varighet: ca.30 min. pr. intervju

#### **Vedlegg:**

Kopi av samtykkeerklæring /informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse / avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med veileder; Gunnar Hartvigsen; [gunnar.hartvigsen@uia.no](mailto:gunnar.hartvigsen@uia.no) med kopi til student; Sigrid Selheim Huglen, [sigridhuglen@hotmail.com](mailto:sigridhuglen@hotmail.com)

Dato: 04.10.20

Med hilsen

Student

Sigrid Selheim Huglen

[sigridhuglen@hotmail.com](mailto:sigridhuglen@hotmail.com) /90154410

---

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato:

Ansvarlig:

## Vedlegg 4 Godkjenning fra NSD

### Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 289450:



#### NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten

**Referansenummer**

289450

**Registrert**

10.10.2020 av Sigrid Huglen - sigridhuglen@gmail.com

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Gunnar Hartvigsen, gunnar.hartvigsen@uia.no, tlf: 90657785

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Sigrid Selheim Huglen, sigridhuglen@hotmail.com, tlf: 90154410

**Prosjektperiode**

20.08.2020 - 18.06.2021

**Status**

26.10.2020 - Vurdert med vilkår

#### Vurdering (2)

**26.10.2020 - Vurdert med vilkår**

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

**22.10.2020 - Vurdert med vilkår**

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.



## HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

## HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

## VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

## KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse.

Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn

- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer: [nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/informere\\_om.html](https://nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html)

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.06.2021.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke

i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

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

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

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 5 Godkjenning fra FEK



Sigrud Selheim  
Huglen

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 17/11/2020

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Videokonsultasjon i spesialisthelsetjenesten**

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

Kommentar fra godkjenner:

Søknaden godkjennes under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden og følger tilbakemeldingene fra NSD.

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](mailto:post@uia.no) -  
[www.uia.no](http://www.uia.no)

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

## Vedlegg 6 Oppsummering koder og underkategorier

[Datainnsamling](#) - Denne linken er tilgjengelig til 10.6.21

Tabell 4: Sum Nytteverdi; Koder og Underkategorier

<b>Kode</b>	<b>Underkategori</b>
“Ønske om å komme hjem” “Tilgjengelig informasjon” “Trygghet medfører at man kan ta imot” “Informasjon og kunnskap” “Tilegne seg kunnskap for å dra hjem.” “Lik veiledning” “Ekstra opplæring” “Felles forståelse”	<b>Informasjon (og opplæring)</b>
“Motivasjon til å ta større ansvar for barnet.” “Selvstendige valg styrker foreldrerollen” “Trygghet i foreldrerollen” “Stole på egne vurderinger” “Egenkontroll medfører trygghet” “Selvstendige valg” “Støtte” “Bekreftelse” “Foreldrene har hovedansvar” “Foreldrerollen endres” “Styrket foreldrerolle”	<b>Foreldrerollen</b>
“Familien samlet” “Bra for familien” “Utfordringer med de fysiske forholdene” “Mister viktige observasjoner på avdelingen” “Familiesentrert omsorg blir vanskelig”	<b>Familiesentrert omsorg</b>

<p>“Kjente omgivelser”</p> <p>“Positivt for foreldrene”</p>	
<p>“God kommunikasjon”</p> <p>“God kontakt “</p> <p>“God filming gir god observasjon”</p> <p>“Manglende fysisk kontakt”</p> <p>“Fysisk tilgjengelig ikke avgjørende”</p> <p>“Får ikke tatt i barnet”</p> <p>“Forskjellen er fysisk tilgjengelighet”</p> <p>“Fysiske observasjoner”</p> <p>“Visuell observasjon”</p> <p>“Video gir økt kontakt med foreldrene”</p> <p>“Gode observasjoner også på video”</p> <p>“Bedre tid”</p> <p>“Bedre oppfølging”</p> <p>“Tilpasser seg forholdene”</p> <p>“Oppdatert på forhånd”</p> <p>“Opprettet kontakt før hjemreise”</p>	<p><b>Digitale hjemmebesøk</b></p>
<p>“Videokonsultasjon passer ikke for alle.”</p> <p>“Teknologiske utfordringer”</p> <p>“Uventede hendelser etter hjemkomst”</p> <p>“Helsepersonell i bakhand”</p> <p>“Veiledning”</p> <p>“Tilgjengelighet “</p>	<p><b>Teknologi</b></p>
<p>“Ingen forskjell på oppfølgingen”</p> <p>“Bedre observasjoner.”</p> <p>“Bedre kommunikasjon og samarbeid”</p> <p>“Bedre oppfølging”</p> <p>“Bedre tid”</p> <p>“God kvalitet”</p> <p>“Gode observasjoner”</p>	<p><b>Faglig forsvarlig</b></p>

"Kontinuitet" "Lange samtaler ved bruk av video" "Ingen forskjell"	
"Verdifullt med tidlig hjem for alle parter" "Vanskelig å følge familiene godt opp på avdelingen" "Tilfeldig oppfølging" "Andrehåndsinformasjon" "Tettere oppfølging ved bruk av video" "Godt samarbeid " "Opplevs positivt" "Overraskende funn"	<b>Opplevd nytteverdi</b>
<b>66 Koder</b>	<b>7 Underkategorier</b>

Tabell 5: Sum Forventet innsats; koder og underkategorier

<b>Kode</b>	<b>Underkategori</b>
"Annen opplæring enn tidligere" "HLR-opplæring" "Nedleggelse av sonde" "Kompetanse gir trygghet" "Alle burde få HLR-opplæring" "Flere får nå opplæring" "Opplæring" "Sjekkliste" "Opplæringsplan" "Avkrysnings skjema" "Tilbudet gis til de som oppfyller kriteriene" "Tilbys de som egner seg"	<b>Opplæring</b>
"Forarbeid"	<b>Utvikling av tilbudet</b>



<p>“Egne vakter som følger familiene”</p> <p>“Engasjement fra ansatte”</p> <p>“Endret rutiner”</p> <p>“Prosedyrer”</p> <p>“Prioritere tid”</p> <p>“Bør være god kvalitet”</p> <p>“Forbedre tilbudet”</p> <p>“Tilbudet i endring”</p> <p>“Utvikle tilbudet”</p> <p>“Tilbudt til andre pasienter”</p> <p>“Kan tilbys andre pasienter”</p> <p>“Organisering er viktig”</p> <p>“Utvikle måten å jobbe på”</p> <p>“God måte å gi oppfølging”</p>	
<p>“Forberede familien”</p> <p>“Flest mulig få tilbudet”</p> <p>“Tryggere overgang til hjemmet”</p> <p>“Trygger hjemreisen”</p> <p>“Frivillig tilbud”</p> <p>“Stor overgang”</p> <p>“Informasjon om hjemreise”</p> <p>“Ingen begrensninger”</p> <p>“Testing av utstyr”</p> <p>“Kan ta kontakt hele døgnet”</p>	<b>Trygg overgang til hjemmet</b>
<b>37 Koder</b>	<b>3 Underkategorier</b>

Tabell 6: Sum Sosial påvirkning; koder og underkategorier

<b>Kode</b>	<b>Underkategori</b>
<p>“Motiverende”</p> <p>“Opplevs positivt”</p>	<b>Engasjement</b>

<p>“Bra tilbud”</p> <p>“Positivt engasjement”</p> <p>“Liten skepsis”</p> <p>“Interesse”</p> <p>“Krevende med endring”</p> <p>“Skepsis i starten”</p> <p>“Holdninger”</p> <p>“Framsnakking”</p> <p>“Stolthet”</p> <p>“Pådrivere”</p> <p>“Alle bidrar”</p> <p>“Positivisme fra ledelsen”</p> <p>“Positivisme”</p> <p>“Støtte”</p> <p>“Aksept”</p>	
<p>“Kontinuitet”</p> <p>“Frigjør ressurser”</p> <p>“Godt implementert”</p> <p>“Besparende på flere måter”</p> <p>“Ressursbruk”</p> <p>“Økt bruk av videokonsultasjoner”</p>	<p><b>Ressursbruk</b></p>
<p>“Tilbudet er kjent”</p> <p>“Tilbudet er kjent for mange”</p> <p>“Stor interesse”</p> <p>“Passer ikke for alle”</p> <p>“Overgang til hjemmet”</p> <p>“Kriterier for å motta tilbudet”</p> <p>“Rammer for å gi tilbudet”</p>	<p><b>Motivasjon (Stor interesse fra familier)</b></p>
<p><b>30 Koder</b></p>	<p><b>3 Underkategorier</b></p>

Tabell 7: Sum Fasiliterende betingelser; koder og underkategorier

<b>Kode</b>	<b>Underkategori</b>
"Eget rom" "Eget kontor" "Full oppmerksomhet" "Planlegger videokonsultasjoner" "Eget utstyr til videokonsultasjon" "Sitter uforstyrret"	<b>Utstyr og lokaliteter</b>
"Fungerer bra" "System som fungerer" "Foreldrene har teknisk kompetanse" "God kvalitet" "Brukervennlig teknologi" "Få utfordringer" "God bildekvalitet" "Overraskende bra kvalitet" "Viktig med lys og lyd"	<b>Brukervennlighet</b>
"Support før oppstart" "Lite support" "Godt forberedt" "Få utfordringer" "Kompetanse hos de ansatte" "Generell opplæring" "Skifte system" "Skal skifte system"	<b>Kompetanse</b>
<b>22 Koder</b>	<b>3 Underkategorier</b>