



UiO • Universitetet i Oslo

«Jeg tenker at dette her, det er veien å gå»

En kvalitativ intervjustudie om audiopedagogers erfaringer med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse

Viktoria Rotmo Stormo

Masteroppgave i spesialpedagogikk

Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Oslo

Vår, 2020
Dato: 29.06.2020

Sammendrag

Formål

Formålet med denne studien er å utvikle kunnskaper om bruk av e-helse i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. Det er søkt etter å få innsikt i audiopedagogers erfaringer om bruk av videokonsultasjoner i møte med disse pasientene.

Problemstilling

Hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?

For å avgrense oppgaven og belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål blitt benyttet:

- Hvilke erfaringer har audiopedagoger med videokonsultasjoner i behandling?
- På hvilken måte beskrives den terapeutiske alliansen under videokonsultasjoner?
- Hvordan forholder audiopedagoger seg til retningslinjer for bruk av videokonsultasjoner?

Metode

I denne studien er det blitt benyttet en kvalitativ tilnærming som forskningsmetode. Empiri ble samlet inn ved et fokusgruppeintervju, med hensikt i å belyse temaet på ulike måter med deltakernes erfaringer og synspunkter. I tillegg var det et mål i seg selv at deltakernes erfaringer og kunnskaper rundt emnet ble diskutert med hverandre, noe som kan komme fagmiljøet til gode. Grunnet Covid-19 ble fokusgruppeintervjuet utført over Skype. Deltakerne i studien er audiopedagoger rekruttert via Norsk Audiopedagogisk forening og Facebook. Fokusgruppeintervjuet ble spilt inn på taleopptak og videre transkribert. Fenomenologien og hermeneutikken har dannet grunnlaget for tolkning av resultatene. Det transkriberte fokusgruppeintervjuet ble analysert med analysemetoden systematisk tekstkondensering (STK). Resultatene i studien er blitt drøftet med utgangspunkt i teoretisk og forskningsmessig bakgrunn.

Resultat

Resultatene i studien viste at deltakerne hadde flere positive erfaringer med bruk av videokonsultasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. De hadde erfaringer

med at videokonsultasjon var et godt alternativ for pasientene med lang reisevei. I tillegg hadde de erfaringer med at distansen man fikk over skjerm gjorde at flere av pasientene følte en trygghet og at videokommunikasjon er et svært nyttig verktøy i forhold til det med å holde kontinuiteten i behandlingen. Det viste seg likevel at det kan være noen utfordringer med bruk av videokonsultasjon i behandling. Utfordringer med teknologien, dårlig forbindelse og hvor pasientene skal plassere seg for best mulig lysforhold var blant utfordringene deltakerne hadde. I tillegg betraktet deltakerne den direkte rådgivningen som utfordrende over videokonsultasjon, da man må sitte og peke på ark over skjerm. De forklarte også at det krever mer motivasjon av deltakerne selv med behandling over videokommunikasjon.

Deltakerne hadde erfaringer med at det kunne ta lengre tid å opparbeide en god allianse over video, sammenlignet med fysisk møte. Her mente deltakerne at minimum første møte med pasienten måtte være på kontoret før de gikk over til videokonsultasjoner. Dette var avgjørende for alliansen. Resultatene viste også at manglende takster og diffuse retningslinjer gjorde deltakerne usikre. På grunn av at Helfo er vanskelig å forholde seg til, må deltakerne tolke regelverket på sin egen måte.

Diskusjon og konklusjon

Funnene i studien kan tyde på at bruk av videokonsultasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse kan være nyttig. Når behandlingen blir gitt via videokonsultasjon, blir behandlingen tilgjengelig etter pasientens behov og tilgjengelig uansett hvor pasienten bor i landet. I tillegg kan det å tilby den samme behandlingen hjemme i trygge lydmiljø være et godt alternativ for pasientene som strever med nedsatt lydtoleranse. Det kan også være nyttig i forhold til det å holde kontinuiteten i behandlingen. Det er likevel noen utfordringer med bruk av videokonsultasjon for pasientgruppen, slik som tekniske utfordringer, pasientens tilgang på utstyr, hvor de skal plassere seg for optimale lysforhold og utfordringer med den direkte rådgivningen over skjerm. Det kan også tyde på at det kan ta lengre tid å opparbeide en god allianse når behandlingen kun foregår over video. Det kan derfor antas at man vil foretrekke en kombinasjon av behandling via videokonsultasjoner og ansikt-til-ansikt. Funnene i studien viser også behov for endelige takster og tydeligere retningslinjer for bruk av videokonsultasjon. Manglende takster og diffuse retningslinjer gjør at audiopedagoger må tolke regelverket på sin egen måte, noe som kan skape usikkerhet.

Forord

To års skolegang på Universitetet i Oslo går nå mot slutten og jeg sitter igjen med minner jeg ikke ville vært foruten. Å skrive en masteroppgave har vært krevende, men også spennende og lærerikt. Nå gleder jeg meg til å kunne praktisere det jeg har lært, og bidra med mine kunnskaper og mitt engasjement for faget. Jeg er utrolig glad for at det var akkurat audiopedagogikk jeg valgte.

Denne oppgaven hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten flotte mennesker rundt meg. Jeg vil starte med å takke min fantastiske veileder, Guri Engernes Nielsen. Takk for din kunnskap, varme og engasjement. Du har bidratt med tydelige og konstruktive tilbakemeldinger som har hjulpet meg enormt. I tillegg er du alltid tilgjengelig, noe jeg setter utrolig stor pris på. Prosessen og resultatet ville ikke vært det samme uten deg som veileder.

Familien min fortjener en stor takk. Dere har alltid støttet meg og motivert meg i en tøff og langvarig prosess. Jeg er veldig glad i dere. En ekstra takk til min kjære samboer for støtte, motivasjon og omsorg. Du har vært ekstremt tålmodig og raus. Jeg hadde ikke klart dette uten deg.

Jeg vil takke den lille, flotte venninnegjengen jeg har. Dere har gjort både studietiden og masteroppgaven enklere å gjennomføre. Å ha en gjeng som hjelper hverandre og motiverer hverandre i en tøff tid er gull verdt. Nå gleder jeg meg til å feire med dere!

Sist men ikke minst vil jeg takke informantene som har bidratt til at denne oppgaven ble mulig å gjennomføre. Jeg setter stor pris på at dere delte deres erfaringer og kunnskaper med stort engasjement.

Tusen hjertelig takk til alle dere.

Viktoria Rotmo Stormo

Oslo, juni 2020

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn og presentasjon av tema	1
1.1 Tidligere forskning	2
1.2 Formål	4
1.3 Problemstilling	4
1.4 Oppgavens oppbygning	4
2. Teori	6
2.1. Nedsatt lydtoleranse	6
2.1.1 Hyperakusis	6
2.1.2 Misofoni og fonofobi.....	7
2.2 Konsekvenser av nedsatt lydtoleranse	8
2.3 Behandling	9
2.3.1 Behandlingstilbud i Norge.....	11
2.4 Helse- og omsorgssektoren	11
2.4.1 Audiopedagogens plass i helse- og omsorgssektoren.....	11
2.4.2 Refusjon fra Helseøkonomiforvaltningen (Helfo).....	12
2.5 E-helse	12
2.5.1 Hva er e-helse	12
2.5.2 Hvorfor e-helse.....	13
2.6 Videokommunikasjon	14
2.6.1 Takster for videokonsultasjon i behandling.....	14
2.6.2 Retningslinjer for bruk av videokonsultasjon i behandling.....	15
2.6.3 Ulike typer videoløsninger	16
2.6.4 Effekten av videokonsultasjon i behandling.....	18
2.6.5 Bruken av videokonsultasjon i behandling	18
2.7 E-helse og den terapeutiske alliansen	20
2.7.1 Terapeutisk allianse i videokonsultasjon	20
3. Metode	23
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag	23
3.1.1 Fenomenologi	24
3.1.2 Hermeneutikk.....	24
3.1.3 Kombinasjon av de to vitenskapsteoretiske perspektivene	25
3.2 Kvalitativ metode	26
3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	26
3.3 Datainnsamling	28

3.3.1 Utvalgsprosessen	28
3.3.2 Intervjuguide	29
3.3.3 Prøveintervju	29
3.3.4 Gjennomføring av intervju	30
3.4 Databehandling.....	31
3.4.1 Transkribering.....	31
3.4.2 Analyse - systematisk tekstkondensering	32
3.5 Forskningens kvalitet	37
3.5.1 Reliabilitet.....	37
3.5.2 Validitet	38
3.5.3 Generaliserbarhet.....	39
3.6 Etiske betraktninger	40
4. Presentasjon av funn	42
4.1 Videokommunikasjon er hensiktsmessig for pasientene av flere grunner	43
4.2 utfordringer med teknologien og den direkte rådgivningen	44
4.3 Videokommunikasjon er praktisk, men krever mer av pasientene	46
4.4 Fysisk første møte med pasienten er en avgjørende faktor.....	48
4.5 Diffuse retningslinjer og få takster bidrar til usikkerhet.....	49
4.6 Ble tryggere på videokonsultasjoner med økt erfaring, og mener e-helse er en del av fremtiden	51
5. Drøfting	53
5.2 Hvilke erfaringer har audiopedagoger med videokonsultasjoner i behandling?.....	53
5.2.1 Lang reisevei	53
5.2.2 Trygghet.....	55
5.2.3 Kontinuitet	56
5.2.4 utfordringer med teknologien og den direkte rådgivningen.....	56
5.2.5 Praktisk, men krever mer av pasientene selv.....	58
5.2.6 Ble tryggere på videokonsultasjoner med økt erfaring	59
5.3 På hvilken måte beskrives den terapeutiske alliansen under videokonsultasjoner?.....	60
5.3.1 Lengre tid å etablere en god allianse.....	60
5.3.2 Fysisk første møte er en avgjørende faktor.....	61
5.4 Hvordan forholder audiopedagoger seg til retningslinjer for bruk av videokonsultasjoner?	62
5.4.1 Takster.....	62
5.4.2 «Gjør jeg det riktig nå?».....	63

5.5 Vurdering av validitet i egen studie	66
6. Avslutning.....	68
6.1. Oppsummering	68
6.2 Konklusjon.....	70
6.3 Veien videre	71
Referanseliste	72
Vedlegg	79

Antall ord: 27 716

1. Bakgrunn og presentasjon av tema

«E-helse vil endre norsk helsetjeneste for alltid» skrev Jonas Gahr Støre og Torgeir Michaelsen i Dagbladet april 2017. E-helse er et område det satses stort på, både i Norge og internasjonalt. I forslag til lov om e-helse og endringer i forskrift om IKT-standardisering (2020), blir det skrevet at for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgssektoren er digitalisering et sentralt virkemiddel. Det er en nødvendighet å utnytte de flere mulighetene som ligger i teknologi, dette for å sikre bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og bedre bruk av ressurser. IKT-Norge mener at digitalisering av helsevesenet er nødvendig, dette for å takle demografiendringer, det økende antallet personer med livsstilssykdommer samt til å levere bedre kvalitet (IKT-Norge, u.å).

Norske helsemyndigheters definisjon av e-helse er at det er et samlebegrep for bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), der formålet er å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren (Braut, 2019). Dette er en relativt vid definisjon, og IKT kan omfatte mye. Derfor blir det i denne studien gjort en avgrensning, der bruk av videokonsultasjon skal undersøkes. I praksisperioden på vårsemesteret fikk jeg ytterligere innblikk i ulike behandlingsmetoder, der jeg også observerte at flere av behandlingene foregikk over videokonsultasjon. Dette gjorde meg nysgjerrig, og ønsket derfor finne ut mer om hvilken erfaring audiopedagoger hadde med denne måten å utføre behandling på, dette med pasienter med nedsatt lydtoleranse.

Nedsatt lydtoleranse defineres som en unormal fysisk og emosjonell respons for dagligdagse lyder (Fagelson & Baguley, 2018). For mange pasienter kan dette gi store konsekvenser som kan påvirke både deres eget, familiens og venners liv. Konsekvensene av nedsatt lydtoleranse varierer fra person til person, men det er funnet sammenhenger mellom psykiske lidelser og nedsatt lydtoleranse, slik som angstlidelse, alvorlig depresjon og posttraumatisk stresslidelse (Jüris et al., 2013). Flere trekker seg tilbake fra jobb, deres sosiale liv og må endre hjemmet sitt slik at de eksponeres minst mulig for lyd (Fagelson & Baguley, 2018; Jastreboff & Jastreboff, 2004). Med utgangspunkt i hvilke konsekvenser nedsatt lydtoleranse kan ha, blir det interessant å se hvilke erfaringer audiopedagoger har med denne type behandling med disse pasientene.

I en artikkel av Solem og Ulleberg (2017) oppfordres det til å ta i bruk teknologiske løsninger for mer effektiv behandling. Her tas det også opp noen fordeler ved e-terapeutiske løsninger, slik som at det er kostnadseffektivt, verdifullt for pasienter med lang reisevei, verdifullt for pasienter som opplever det å oppsøke helsetjenester som stigma eller av andre grunner har vansker med å møte hos behandling (Solem & Ulleberg, 2017). Til tross for at det finnes videoløsninger som både er enkle å bruke og ivaretar kravene til informasjonssikkerhet og personvern, er det likevel lite brukt i det audiopedagogiske fagmiljøet. Under Covid-19 pandemien åpnet helsedirektoratet opp for at audiopedagoger kunne benytte seg av videokonsultasjoner i behandling, og opprettet midlertidige takster for dette. Før pandemien fantes det ingen takster for videokonsultasjoner, og uten takster følger det heller ingen retningslinjer å forholde seg til. Dette kan være en av grunnene til at videokonsultasjoner er lite brukt i det audiopedagogiske fagmiljøet.

Det er flere studier som har undersøkt effekten og bruken av videokonsultasjoner i behandling, blant annet for pasienter med depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse. Derimot finnes det ingen studier som undersøker dette hos pasienter med nedsatt lydtoleranse. Selv om e-helse er et område det blir satset på, trengs det fortsatt mer forskning på feltet. Kocsis og Yellowlees (2018) har i sin studie undersøkt bruken av videokonsultasjoner i behandling, og fant ut at det finnes flere fordeler med dette. Likevel skriver de at det er nødvendig med mer forskning for å utforske dette området og studere hvilke pasienter som mest eller minst vil dra nytte av behandling ved bruk av videokonferanser (Kocsis & Yellowlees, 2018). Med tanke på at e-helse er et satsingsfelt, trengs det mer kunnskap om hvilke pasienter dette kan egne seg for. Denne studien søker etter å få innsikt i og kunnskaper om audiopedagogers erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner, dette for pasienter med nedsatt lydtoleranse. Det er et mål i seg selv å bringe inn ny kunnskap som kan komme både brukere og fagfeltet til gode, som forhåpentligvis kan bidra til økt kompetanse på videokonsultasjoner for audiopedagogiske tjenester i fremtiden.

1.1 Tidligere forskning

Det finnes ingen forskning på effekten av videokommunikasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. Som tidligere nevnt har flere studier funnet sammenhenger mellom psykiske lidelser og nedsatt lydtoleranse (Fagelson & Baguley, 2018), eksempelvis angst, alvorlig depresjon og posttraumatisk stresslidelse (Jüris et al., 2013). Det finnes flere studier som har undersøkt effekten av videokonsultasjoner for behandling av ulike lidelser, slik som

depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse. Undersøkelse gjort av Tuerk, Keller og Acierno (2018) viste at klinisk videokonferanse er blitt brukt for å levere gjennomførbar, god, sikker og effektiv evidensbasert omsorg for angst og depresjon til pasienter gjennom hele livsløpet, både individuelt og i gruppe.

Berryhill et al., (2019) gjorde en systematisk gjennomgang av effekten av videokonferanseterapi for behandling av depresjon. I studien fant de at videokonferanse for behandling av depresjon er en lovende metode for å levere psykiske helsetjenester. Av de 33 studiene som ble inkludert i den systematiske oversikten, rapporterte 22 studier statistisk signifikante reduksjoner i depressive symptomer, dette etter evidensbasert behandling levert via videokonferanse. Kognitiv atferdsterapi var en av de to mest evaluerte intervensjonene (Berryhill et al., 2019). I en annen studie gjort av Berryhill et al., (2019) var hensikten å finne effekten av videokonferanser med psykologisk terapi som mekanisme for å levere psykologisk terapi for behandling av angst. Kognitiv atferdsterapi var den vanligste intervensjonen evaluert for behandling av angstlidelser. Ved undersøkelse av om psykologisk terapi gitt via videokonferanse var mer effektivt enn eller på nivå med psykoterapi ansikt til ansikt, fant studier som var inkludert i denne systematiske gjennomgangen ingen forskjeller mellom gruppene (Berryhill et al., 2019). Når det kommer til behandling av posttraumatisk stresslidelse via videokonsultasjon fant Germain et al., (2010) ut at effekten av kognitiv atferdsterapi for posttraumatisk stresslidelse var lik enten om det ble gjort ansikt til ansikt eller ved videokonferanse. Nivåene av posttraumatiske symptomer, angst og depresjon forbedret seg betydelig under behandlingen under begge forholdene, og disse gevinstene ble opprettholdt etter seks måneder (Germain et al., 2010).

I tillegg er det blitt gjort et EU-prosjekt som blir kalt MasterMind. Målet med prosjektet var å øke tilgjengelighet av kvalitetssikret behandling for depresjon, dette ved hjelp av internettbasert kognitiv terapi og videokonferanse (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020). Bakgrunnen for prosjektet var utfordringer med kapasitet, likeverdige tjenester og tidligere positive erfaringer med e-helse. Konklusjonen i rapporten var blant annet at de fleste av pasientene opplevde videosamtaler som en hensiktsmessig måte for å kommunisere på. I tillegg rapporterte også pasientene at de ville benyttet seg av tilbudet dersom de ble henvist ved en senere anledning (Kjøterøe et al., 2017).

1.2 Formål

Formålet med denne studien er å få kunnskaper om bruk av e-helse i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. Det er søkt etter å få innsikt i og kunnskaper om audiopedagogers erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner i møte med disse pasientene. Før fokusgruppeintervjuet var det ikke mange i fagfeltet som benyttet seg av videokonsultasjoner i behandling, mye grunnet manglende takster, men muligens også på grunn av manglende kunnskap. I dag har flere fått erfaringer med å gi behandling gjennom videokommunikasjon, grunnet Covid-19. Økende erfaring og funn fra denne studien, vil forhåpentligvis bidra til økt kompetanse på videokonsultasjoner for audiopedagogiske tjenester i fremtiden. Et mål med studien er derfor å bringe inn ny kunnskap som kan komme både brukere og fagfeltet til gode.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen i denne studien er formulert med bakgrunn i formålet for studien, som er å få kunnskaper om bruk av e-helse i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. E-helse har en vid definisjon, og kan omhandle så mangt. Med bakgrunn i egne observasjoner i praksis, vil studien fokusere på bruken av videokonsultasjoner i behandling av pasientgruppen. Denne studien vil ta for seg følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?

For å avgrense oppgaven og belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål blitt benyttet:

- Hvilke erfaringer har audiopedagoger med videokonsultasjoner i behandling?
- På hvilken måte beskrives den terapeutiske alliansen under videokonsultasjoner?
- Hvordan forholder audiopedagoger seg til retningslinjer for bruk av videokonsultasjoner?

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av seks kapitler. I oppgavens *første kapittel* er tema og bakgrunn for det valgte temaet blitt presentert, samt tidligere forskning. I tillegg er det blitt presentert formålet med studien, og videre problemstilling. For å belyse problemstillingen og avgrense oppgaven er det i denne studien blitt benyttet tre forskningsspørsmål, som blir tatt opp under drøftingen.

I *kapittel to* vil teori som er relevant for å belyse tema og problemstilling bli presentert. Det blir innledningsvis kort redegjort for nedsatt lydtoleranse, med hovedvekt på konsekvenser av det, samt behandling og behandlingstilbud i Norge. Deretter er det relevant i denne studien å forklare hvilken plass audiopedagoger har i helse- og omsorgssektoren, i tillegg til kort beskrivelse av Helfo. Det blir videre beskrevet for hva e-helse er og redegjort for hvorfor e-helse er viktig i helse- og omsorgssektoren. Hovedvekten i dette kapitlet er videokonsultasjon, der det blir redegjort for både takster og retningslinjer, ulike typer videoløsninger, effekten av videokonsultasjon og bruken av videokonsultasjon i behandling. Avslutningsvis vil det bli redegjort for den terapeutiske alliansen i videokonsultasjon.

I *kapittel tre* presenteres oppgavens vei til mål, det vil si den metodologiske tilnærmingen som er grunnlaget for videre arbeid. Deretter går jeg nærmere inn på datainnsamlingen, der det blir gjort rede for utvalg og rekruttering av informantene, samt intervjuguide og hvordan selve intervjuet ble gjennomført. Videre blir databehandlingen belyst gjennom transkripsjon og analyse. Avslutningsvis diskuteres oppgavens validitet, reliabilitet, generaliserbarhet og til slutt de etiske hensynene.

I *kapittel fire* vil oppgavens resultater bli presentert, dette med utgangspunkt i kategoriene som ble valgt på bakgrunn av analysemetoden. Resultatene er blitt formidlet på en måte som er lojal i forhold til deltakernes stemmer, og inneholder derfor mange av de direkte uttalelsene til deltakerne.

I *kapittel fem* blir oppgavens funn diskutert opp mot det teoretiske grunnlaget. I sammenheng med studiens problemstilling vil dette kapitlet beskrive og synliggjøre deltakernes erfaringer med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. Dette blir drøftet i tre underkapitler, som også er forskningsspørsmålene i studien.

I *kapittel seks* vil en oppsummering av de viktigste funnene for å besvare studiens problemstilling bli presentert, samt konklusjon. Avslutningsvis vil studien ta for seg veien videre og tanker om mulig videre forskning.

2. Teori

I dette kapittelet blir det redegjort for teori som er relevant for å belyse problemstillingen: *hvilke erfaringer har audiopedagoger med bruk av e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?* Det blir innledningsvis kort redegjort for nedsatt lydtoleranse, med hovedvekt på konsekvenser av det, samt behandling og behandlingstilbud i Norge. Deretter er det relevant i denne studien å forklare hvilken plass audiopedagoger har i helse- og omsorgssektoren, i tillegg til kort beskrivelse av Helfo. Det blir videre beskrevet hva e-helse er og redegjort for hvorfor e-helse er viktig i helse- og omsorgssektoren. Hovedvekten i dette kapittelet er videokonsultasjon, der det blir redegjort for både takster og retningslinjer, ulike typer videoløsninger, effekten av videokonsultasjon og bruken av videokonsultasjon i behandling. Avslutningsvis vil det bli redegjort for den terapeutiske alliansen i videokonsultasjon.

2.1. Nedsatt lydtoleranse

Vi er alle omgitt av ulike lyder og noen av disse lydene kan være både irriterende og noen ganger ubehagelige (Andersson, Lindvall, Hursti, Carlbring & Andersson, 2002). De aller fleste har preferanser når det kommer til bestemte lyder eller lydnivåer, men hos de fleste påvirker ikke disse preferansene deres hverdag eller i møte med andre mennesker (McKenna, Baguley & McFerran, 2010). Nedsatt lydtoleranse, lydoverfølsomhet eller lydømfintlighet er begreper som omhandler blant annet hyperakusis, fonofobi og misofoni (Baguley, Andersson, McFerran & McKenna, 2013). På engelsk kalles det «decreased sound tolerance» (DST) og defineres som en unormal fysisk og emosjonell respons for dagligdagse lyder (Fagelson & Baguley, 2018). Nedsatt lydtoleranse kan komme av ødeleggende høy lydeksponering, fysisk skade eller dysfunksjon, mental helse eller skade, eller som en følgeeffekt av medikamenter (Fagelson & Baguley, 2018). Nedsatt lydtoleranse er et samlebegrep for blant annet hyperakusis, misofoni og fonofobi.

2.1.1 Hyperakusis

I medisinsk litteratur ble begrepet hyperakusis først introdusert av Perlman (1938) og ble senere av Mathiesen (1969) omtalt som *hyperacusis dolorosa*. I dag blir tilstanden omtalt som hyperakusis og refererer til følsomhet for lyd. Lyder med lav frekvens kan oppleves som svært høye for personer med hyperakusis. Dette kan være daglige, normale lyder som ikke vekker noen særlige reaksjoner for folk flest (Baguley et al., 2013). Funnene i studier som undersøker prevalens på hyperakusis varierer og det er få studier som har undersøkt dette.

Hos voksne rapporteres det estimeres fra 8,6% i en svensk studie (Andersson, Lindvall, Hursti, Carlbring & Andersson, 2002), til 15,2% i en polsk studie (Fabijanska, Rogowski, Bartnik & Skarzynski, 1999). Hos barn rapporteres det et estimat på 14,6% (Rosing, Schmidt, Wedderkopp & Baguley, 2016), noe som er innenfor tidligere estimat der Widen og Erlandsson (2004) rapporterte 17,1% og Coelho, Sanchez og Tyler (2007) som rapporterte 3,2%.

Som skrevet tidligere refererer hyperakusis til følsomhet for lyd. Begrepet blir definert på ulike måter i litteraturen, men med noen fellestrekk. Felles for de fleste av definisjonene er at lyder av lav intensitet utløser reaksjoner for personer med hyperakusis, og at det er selve styrken på lyden som skaper en reaksjon, ikke selve lyden (Baguley et al., 2013). Hvilke typer lyder som skaper ubehag hos pasienter med hyperakusis, varierer veldig i forhold til intensitet og frekvens, men innebærer ofte elektriske lyder slik som vaskemaskin eller støvsuger, i tillegg til trafikkstøy. Det kan også være svake lyder som skaper ubehag, slik som et lommetørkle som bli tatt ut av en boks, avis som blir brettet eller en hund som bjeffer på lang avstand (Khalifa et al., 2002).

Jastreboff & Hazell (2004) forklarer de underliggende mekanismene bak hyperakusis i den nevrofysiologiske modellen. I utgangspunktet var modellen ment for å beskrive hvordan nervesystemet virker når tinnitus skaper negative reaksjoner hos mennesker. Etterhvert som studier viste sammenhengen mellom nedsatt lydtoleranse og tinnitus, fant de ut at den nevrofysiologiske modellen også kunne forklare hyperakusis og misofoni (Jastreboff & Hazell, 2004). Ved hyperakusis gjennomgår det eksterne lydsignalet en unormal forsterkning i de underbevisste hørselsbanene. Hyperakusis aktiverer bare sekundært det limbiske og autonome nervesystemet. Forbindelsen mellom det auditive systemet og de andre systemene er normale, men økt stimulering av det limbiske og det autonome nervesystemet skyldes forsterkede signaler fra hørselssystemet (Jastreboff & Hazell, 2004). I mange tilfeller er etiologien for hyperakusis ukjent, men likevel ses tilstanden ofte sammen med akutt lydeksponering, hodeskader, stress og medikamentbruk (Jastreboff & Hazell, 2004; Fagelson & Baguley, 2018).

2.1.2 Misofoni og fonofobi

Innenfor nedsatt lydtoleranse finner vi også kategorien misofoni. Ved misofoni opplever man negative reaksjoner knyttet til spesifikke lyder (Fagelson & Baguley, 2018). En person med

misofoni vil kunne oppleve sinne, ubehag eller angst for ulike typer triggerlyder. Typiske triggerlyder er lyder som tygging, smatting eller plystring (Fagelson & Baguley, 2018). Forskjellen mellom hyperakusis og misofoni er altså at ved hyperakusis er det styrken på lyden som skaper en negativ reaksjon, i motsetning til misofoni der det er selve lyden. Fonofobi er i følge Fagelson og Baguley (2018) en spesifikk form for misofoni, der frykt er den dominante følelsen. «Fobi» refererer til frykt, og ved fonofobi er det spesifikke lyder som utløser frykt som respons (Fagelson & Baguley, 2018). På samme måte som ved misofoni trenger ikke lyden å være høy for å skape en negativ reaksjon, som er forskjellig fra hyperakusis. I følge Jastreboff & Hazell (2004) har de fleste med nedsatt lydtoleranse misofoni, men bare et fåtall av disse har fonofobi.

Ved misofoni og fonofobi er det en unormal sterk reaksjon i de autonome og limbiske systemene som kommer av en forsterket forbindelse mellom det auditive systemet og det limbiske systemet. Misofoni og fonofobi involverer ikke en signifikant aktivering av det auditive systemet (Jastreboff & Hazell, 2004). De negative reaksjonene til lyd ved misofoni og fonofobi, avhenger blant annet av tidligere assosiasjoner til lyden, oppfatninger om de spesifikke lydene og den psykologiske statusen til pasienten (Jastreboff & Hazell, 2004).

2.2 Konsekvenser av nedsatt lydtoleranse

Konsekvensene av nedsatt lydtoleranse varierer fra person til person og avhenger av hvordan forholdene er hjemme og på jobb. I noen tilfeller kan pasienter føle behov for å trekke seg tilbake fra jobb, enten permanent eller for en periode, og endre hjemmet sitt slik at de eksponeres minst mulig for lyd (Fagelson & Baguley, 2018). I tillegg kan de trekke seg unna deres sosiale liv og fra det å nyte mange andre hverdagslige aktiviteter. I mer ekstreme situasjoner vil ikke pasientene forlate hjemmene sine og livet til pasientene og deres familie er helt kontrollert av problemene med nedsatt lydtoleranse (Jastreboff & Hazell, 2004). I en studie gjort av Jüris et al., (2013) ble det rapportert at 89% av deltakerne hadde gitt opp en aktivitet siden de utviklet hyperakusis. De vanligste aktivitetene som ble nevnt var relatert til arbeid, men fritidsaktiviteter som å delta på konserter, kino og andre sosiale aktiviteter som å besøke restauranter ble også rapportert.

Flere studier har funnet sammenhenger mellom psykiske lidelser og nedsatt lydtoleranse (Fagelson & Baguley, 2018). Jüris et al., (2013) fant i sin studie at 56% av personene med nedsatt lydtoleranse hadde minimum en psykisk lidelse. Mer spesifikt oppfylte 47% kriteriene

for angstlidelse, 8% for alvorlig depresjon og 3% for posttraumatisk stresslidelse (Jüris et al., 2013). Pasienter rapporterer også ofte at deres nedsatte toleranse for lyd blir verre ved stress og angst. Så relasjonen mellom nedsatt lydtoleranse og psykologiske lidelser er toveis. Ikke kan de psykologiske lidelsene bare forverre problemer med nedsatt lydtoleranse, men nedsatt lydtoleranse har også ha negativ innflytelse på den mentale helsen (Fagelson & Baguley, 2018).

Når en person er plaget med nedsatt lydtoleranse, er det logisk å ville stenge ut og beskytte seg for lyd. I studien av Jüris et. al (2013) ble hørselsvern brukt av 82% av deltakerne i situasjoner der folk flest ikke bruker hørselsvern, for eksempel når de støvsuger eller tar oppvasken. I slike tilfeller vil hørselsvern ha motsatt effekt og feil bruk kan medføre at man blir enda mer følsom for lyd. Dette ble demonstrert i en studie av Formby, Sherlock og Gold (2003), der de så at etter kontinuerlig bruk av øreplugger i to uker med lave omgivelseslyder resulterte i at lytterne ble mer følsomme for høye lyder. Redusert lydstimulering kan videre føre til auditiv deprivasjon, noe som er spesielt kritisk for barn og unge (Fagelson & Baguley, 2018).

2.3 Behandling

Det er særlig to behandlingsformer som gir gode resultater for behandling av nedsatt lydtoleranse, disse er tinnitus retraining therapy (TRT) og kognitiv atferdsterapi (KAT). TRT bygger på den nevrofysiologiske modellen og innebærer de to komponentene TRT rådgivning og lyd terapi. TRT rådgivning eller direkte rådgivning som det også kalles, innebærer forklaring hvordan hørselssystemet fungerer, hvordan hjernen vår fungerer og forklaring av den nevrofysiologiske modellen. Dette er en svært viktig del av TRT. Ved nedsatt lydtoleranse skal man også ved TRT rådgivning forklare hvilke mekanismer som ligger i grunn (Jastreboff & Hazell, 2004). Selv om både hyperakusis og misofoni/fonofobi går under samme paraplybegrep, er det likevel ulikheter i mekanismene som gjør at de krever ulik behandlingstilnærming. Ved hyperakusis er målet å redusere følsomheten i det auditive systemet ved hjelp av systematisk eksponering av ulike lyder. Ved misofoni/fonofobi involverer også prosessen med betingede reflekser, siden de negative reaksjonene er knyttet til spesifikke lyder (Jastreboff & Hazell, 2004). Pasientene blir anbefalt å delta i hyggelige aktiviteter, der lyder spiller en uunnværlig rolle. Dette kan være å lytte på sin favorittmusikk eller lydbok. Andre aktiviteter inkluderer handling på kjøpesenter, gå på fester eller spise på restaurant. Hovedideen er å skape en assosiasjon av en gitt lyd med en hyggelig situasjon. Det

vil si at lydene blir forbundet med noe positivt for å endre disse negative reaksjonene til de spesifikke lydene (Jastreboff & Jastreboff, 2015).

Selv om det ikke er publisert randomiserte, velkontrollerte studier som evaluerer effekten av TRT, finnes det ifølge Jastreboff og Jastreboff (2004) kliniske rapporter som dokumenterer effekten av metoden. Deres erfaring er at TRT gjelder for alle typer tinnitus, så vel som nedsatt lydtoleranse. Det blir også skrevet at det blir vist tydelig forbedring av tinnitus som forekommer i over 80% av tilfellene, og minst lik suksessrate for nedsatt lydtoleranse (Jastreboff & Jastreboff, 2004). I en klinisk kohortstudie hadde 68 pasienter med nedsatt lydtoleranse, behandlet med TRT, statistisk signifikant forbedring av ubehagsnivåer (LDL) (Formby et al., 2007).

Som skrevet tidligere har flere studier funnet sammenhenger mellom psykiske lidelser og nedsatt lydtoleranse (Fagelson & Baguley, 2018), som blant annet angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (Jüris et al., 2003). Pasienter har også rapportert at deres nedsatte toleranse for lyd ofte blir verre ved stress og angst (Fagelson & Baguley, 2018). Ifølge Berge og Repål (2015) er KAT effektiv mot depresjon, alle former for angstproblem og alvorlige psykiske tilstander. Casestudier og noen begrensende randomiserte kontrollstudier (RCT) antyder at KAT kan være effektive for å lindre konsekvensene forårsaket av hyperakusis og misofoni. Grunnen til at man kun antyder det, er fordi det trengs RCT-studier med aktive kontrollgrupper for å finne effekten av KAT for hyperakusis og misofoni (Aazh, Landgrebe, Danesh & Moore, 2019).

Grunnidéen i KAT bygger på at det vi gjør og tenker påvirker hvordan vi føler. Tanker og atferd kan videre påvirkes om vi aktivt jobber med dem og prøver nye måter å forholde oss til de på. I behandlingen anvendes det ulike verktøy (Kaldo & Andersson, 2004).

Eksponeringsterapi er et godt verktøy i KAT for å adressere frykt og angst. Man starter her med de lydene som skaper minst negative responser for pasienten, og gradvis går over til mer utfordrende lyder. Sammen med eksponeringsterapi er avspenning og andre verktøy som fokuseringstrening viktig for å senke de negative responsene for lyd (Fagelson & Baguley, 2018). Terapeut og pasient samarbeider med å finne hvilke verktøy som passer pasienten best, og disse blir da hjemmeoppgave for pasienten (Kaldo & Andersson, 2004). Kontinuerlig øving og repetisjon er viktig for at behandlingen skal få god suksess (Fagelson & Baguley, 2018).

2.3.1 Behandlingstilbud i Norge

Så hvordan er behandlingstilbudet av nedsatt lydtoleranse i Norge? Det er forsøkt å utføre søk i Google for en oversikt over behandlingssteder. Her ble det søkt med utgangspunkt i de forskjellige landsdelene, der det viser seg å være et svært varierende behandlingstilbud. Den beste oversikten som ble funnet over behandlingssteder i Norge var på tinnitustips.no. Det opplyses på siden at listen ikke er komplett og at den ikke blir oppdatert kontinuerlig. Likevel var dette den mest oversiktlige listen som ble funnet i søket. I denne oversikten er det ca. ti behandlingssteder som tilbyr behandling av nedsatt lydtoleranse i Norge (Tinnitustips, 2019). Listen er som nevnt verken komplett eller oppdatert, men gir en pekepinn på hvordan behandlingstilbudet for nedsatt lydtoleranse er i Norge.

Når det kommer til behandlingstilbudet av nedsatt lydtoleranse i Norge, er det store forskjeller i de forskjellige landsdelene. I Nord-Norge finnes det kun en privatpraktiserende som tilbyr behandling av nedsatt lydtoleranse. I Trøndelag er det to steder som tilbyr behandling for tinnitus, men ingen som tilbyr behandling for nedsatt lydtoleranse. På Vestlandet blir det oppgitt to behandlingssteder, på Østlandet sju behandlingssteder og på Sørlandet ingen steder som tilbyr behandling. Med utgangspunkt i mitt eget søk og oversikten på denne siden, viser det seg det er svært få steder i Norge som gir behandling. I tillegg til få behandlingssteder, er det flere av disse stedene som ikke nødvendigvis har audiopedagog. Av disse ti behandlingsstedene som tilbyr behandling av nedsatt lydtoleranse er det kun fire som oppgir at de har audiopedagoger med kognitiv terapi som videreutdanning.

2.4 Helse- og omsorgssektoren

2.4.1 Audiopedagogens plass i helse- og omsorgssektoren

Helsevesenet i Norge er et samlet system av tjenester, institusjoner og lovgivning. Dette systemet er bygd for å styrke folkehelsen, yte diagnostikk, behandling, rehabilitering og omsorg (Braut, 2019). Grunnstrukturen i helsetjenesten i Norge er delt inn i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Keus, 2014). Primærhelsetjenesten blir brukt om helsetjenesten utenfor institusjon, slik som fastlegeordning og sykepleietjenester utenfor sykehus (Braut, 2018). Begrepet spesialisthelsetjenesten omfatter både offentlige og private sykehus, psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling, ambulansetjeneste og avtalespesialister. Dette inkluderer også privatpraktiserende spesialister med driftsavtale og rehabiliteringsinstitusjoner (SSB, 2019).

Spørsmålet er hvor audiopedagogen kommer inn i helse- og omsorgssektoren.

Audiopedagoger er per i dag ikke inkludert i helsepersonellovens autorisasjonsordning, og tjenestene audiopedagoger tilbyr er dermed ikke forankret i helselovgivningen (Keus, 2014). Selv om audiopedagoger ikke er autorisert helsepersonell, kan de likevel drive undersøkelse og behandling med henvisning fra lege (Helsedirektoratet, 2017), i tillegg til spesialundervisning. Det er da en forutsetning at behandlingen er ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte (Helsedirektoratet, 2017).

Som tidligere nevnt er helsetjenesten i Norge delt inn i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med audiopedagogens kompetanse innen hørselsfeltet er dette nært knyttet mot spesialisthelsetjenestens habiliterings- og rehabiliteringsbehov. Formålet med habilitering og rehabilitering er at den enkelte pasient skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i både utdanning og arbeidsliv, samt sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). For å oppnå dette bør habilitering- og rehabiliteringstjenestene være tverrfaglig. Det betyr at det bør være sammensatt av medisinsk, psykologisk, sosialfaglig, spesialpedagogisk og miljøterapeutisk kompetanse (Helsedirektoratet, 2018).

2.4.2 Refusjon fra Helseøkonomiforvaltningen (Helfo)

«Helfo er Helsedirektoratets ytre etat og deres oppgave er å ivareta rettighetene til helseaktører og privatpersoner, samt å gi informasjon og veiledning om helsetjenester» (Helfo, 2019). Helfo kan gi stønad til audiopedagogisk undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende dersom det offentlige ikke yter stønad etter lov. «Formålet med refusjon fra Helfo er å kompensere for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte» (Helfo, 2018). Når det gjelder audiopedagogisk behandling kan Helfo yte stønad til opptil 25 behandlinger. Vilåret for stønad fra Helfo er at lege har henvist pasienten til audiopedagogisk undersøkelse og behandling, der «legen må stadfeste at pasientens behov er et ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte» (Helfo, 2018). Dette er forankret i folketrygdloven (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 5-10).

2.5 E-helse

2.5.1 Hva er e-helse

«E-helse har tradisjonelt en vid definisjon, og kan omfatte alt fra pasientadministrative systemer til løsninger som eksempelvis eksponeringsterapi via virtuell virkelighet» (Kjøterøe

et al., 2017). Norske helsemyndigheters definisjon av e-helse er at det er et samlebegrep for bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), der formålet er å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren (Braut, 2019). Internasjonalt benyttes begrepet *e-health*, og samsvarer i stor grad med den norske definisjonen av begrepet. WHO definerer e-helse som bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for helse (World Health Organization, 2020). Selv om e-helse rettes særlig mot digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, kan deres visjon og retningslinjer overføres til det audiopedagogiske fagmiljøet. De fleste av audiopedagoger som behandler nedsatt lydtoleranse er privatpraktiserende og er ikke en del av helse- og omsorgssektoren. Som skrevet tidligere kan audiopedagoger drive behandling med henvisning fra lege. Dermed er behandling av audiopedagoger et ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller yte (Helsedirektoratet, 2018).

2.5.1.1 Direktoratet for e-helse

1. januar 2016 ble direktoratet for e-helse opprettet, dette på bakgrunn av behovet for en sterkere nasjonal styring og en bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse er fag- og myndighetsorgan som har ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av prosjekter på e-helseområdet (Direktoratet for e-helse, 2020). Direktoratet skal fungere som en pådriver i utviklingen på e-helseområdet, der deres visjon er å skape et enklere helse-Norge (Direktoratet for e-helse, 2020). I tillegg til et enklere helse-Norge, var også et mål med etableringen å øke kvalitet og effektivitet (Direktoratet for e-helse, 2020).

2.5.2 Hvorfor e-helse

I en artikkel av Solem og Ulleberg (2017) oppfordres det til å ta i bruk teknologiske løsninger for mer effektiv behandling. Her tas det også opp noen fordeler ved e-terapeutiske løsninger, slik som at det er kostnadseffektivt, verdifullt for pasienter med lang reisevei, verdifullt for pasienter som opplever det å oppsøke helsetjenester som stigma eller av andre grunner har vansker med å møte hos behandling (Solem & Ulleberg, 2017). I forslag til lov om e-helse og endringer i forskrift om IKT-standardisering (2020), blir det skrevet at for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgssektoren er digitalisering et sentralt virkemiddel. Det er en nødvendighet å utnytte de flere mulighetene som ligger i teknologi, dette for å sikre bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og bedre bruk av ressurser. IKT-Norge mener at digitalisering av helsevesenet er nødvendig. Dette for å takle demografiendringer, det økende antallet personer med livsstilssykdommer samt til å levere bedre kvalitet (IKT-Norge, u.å). Direktoratet for e-

helse i Norge opprettet i 2017 en ny nasjonal helsestrategi som skal gjelde til 2022. Et av de seks strategiske satsningsområdene er helsehjelp på nye måter. Det blir skrevet at i møte med demografiske utfordringer og økt etterspørsel må vi utvikle nye måter å utøve helsehjelp på. Ny teknologi og digitalisering spiller en nøkkelrolle i dette (Direktoratet for e-helse, 2019). Digitale tjenester skal gjøre at kontakten med helse- og omsorgstjenesten er enklere og mer tilgjengelig (Direktoratet for e-helse, 2020).

Som skrevet tidligere er audiopedagogens kompetanse innen hørselsfeltet nært knyttet mot spesialisthelsetjenestens habiliterings- og rehabiliteringsbehov. Et mål i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er at tjenestene skal styrkes og være koordinerte, tverrfaglige og målrettede. Det er også et mål at habilitering og rehabilitering skal tilbys og ytes nærmest mulig brukers vante miljø (Helsedirektoratet, 2018). For å styrke tilbudet om habiliterings- og rehabiliteringsbehovet til barn, unge og voksne skrives det i Statsbudsjettet, kap. 733 (2019-2020) at bruk av videoteknologi/telemedisin bør videreutvikles.

2.6 Videokommunikasjon

I løpet av de to siste tiårene har verden sett en enorm økning og utvikling av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (Katz, Chasin, English, Hood & Tillery, 2015). Den teknologiske utviklingen på 1980-90 tallet førte til både bedre tilgjengelighet og rimeligere utstyr. Til tross for en enorm økning og utvikling, er videokonferanseløsninger i liten grad brukt i direkte pasientbehandling (Kjøterøe et al., 2017). Norges innbyggere er både aktive nettbrukere og godt kjent med digitale tjenester, både til å innhente informasjon, kommunisere og til å utføre tjenester selv (Direktoratet for e-helse, 2019). Ifølge statistisk sentralbyrå har 98% av Norges befolkning tilgang til internett, 92% til hjemme-pc og 95% til smarttelefon, tall fra 2019 (SSB, 2020). For å delta på en videokonferanse trenger man et kamera, en mikrofon og en datamaskin, nettbrett eller smarttelefon, i tillegg til internettilgang (Katz et al., 2015). Disse tallene viser at de fleste av Norges befolkning kan delta på videokonferanse fra sine egne hjem.

2.6.1 Takster for videokonsultasjon i behandling

Fra 1. juli 2019 ble det fastsatt nye veiledende honorartakster av Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder undersøkelse/behandling hos audiopedagog. Ingen av disse takstene innebar videokonsultasjoner (Helsedirektoratet, 2018). I forbindelse med virusutbruddet ble det 23.mars innført tre nye takster for audiopedagoger (Helsedirektoratet, 2018). Disse takstene skal ifølge direktoratet for e-helse (2020) legges til rette for at flere kan

bruke videokonsultasjon under virusutbruddet. Dette kan bidra til å sikre at pasienter kan få oppfølging og veiledning for de som har behov for det (Helsedirektoratet, 2018). De tre nye takstene er videokonsultasjon 45 min, videokonsultasjon 60 min og veiledning via telefon eller video av pårørende eller personell som følger opp pasient 15 min (Helsedirektoratet, 2018). Disse takstene gjelder som sagt i forbindelse med virusutbruddet, og gjelder fra 23.mars 2020 til 01.09.2020 (Helsedirektoratet, 2018). Takstene er dermed ikke endelige, men midlertidige.

2.6.2 Retningslinjer for bruk av videokonsultasjon i behandling

Før virusutbruddet og de fastsatte midlertidige takstene, var det ingen takster for bruk av videokonsultasjon for audiopedagoger, dermed heller ingen retningslinjer for bruk av dette i behandling. Med de nye takstene foreligger det også retningslinjer, som er direktoratet for e-helse sin veileder og i tillegg deres informasjonsside med praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video (Helfo, 2020). Det forutsetter også at bruken av videokonsultasjoner i behandling foregår i henhold til krav til informasjonssikkerhet, det vil si jf. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2020).

I veilederen til direktoratet for e-helse står det blant annet hvilke typer videoløsninger som kan tas i bruk. Direktoratet for e-helses hovedanbefaling når det kommer til det å bruke videoløsninger er å bruke videoløsninger som spesielt er utviklet for helsetjenesten. Confrere, VisibaCare og Pasientsky er videoløsninger som blir brukt i primærhelsetjenesten, og NHNs videotjeneste, Skype for business og VideoNor er tjenester som blir brukt i spesialisthelsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020). Direktoratet gjør i tillegg sammen med Norsk helsenett en vurdering av andre videoløsninger, slik som Skype, Teams og Whatsapp. Det foreligger en dialog om hvorvidt krav til sikkerhet og personvern foreligger. Det blir også skrevet at det er viktig at tjenestene i tillegg er enkle å ta i bruk og gratis for pasientene (Direktoratet for e-helse, 2020). De praktiske rådene om god bruk av video inneholder blant annet rammer for selve videokonsultasjonen og grunnleggende retningslinjer om personvern. Gode rammer for samtalen er viktig, og det er behandlers ansvar å forsikre seg om det er forsvarlig å gjennomføre samtalen over video. Rammer som lyd- og lysforhold, om pasienten føler seg trygg og uforstyrret, om det er andre i rommet pasienten befinner seg i, om det er uvedkomne som kan se eller høre samtalen og om helsetilstanden til pasienten har forverret seg slik at videokonsultasjon kanskje ikke er hensiktsmessig (Direktoratet for e-helse, 2020).

2.6.2.1 Personvern og informasjonssikkerhet

En forutsetning for digitalisering er god informasjonssikkerhet og godt personvern (Direktoratet for e-helse, 2020). Det er behandlerens ansvar å sørge for at krav til personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt (Direktoratet for e-helse, 2020). Helsedirektoratet skriver at bruk av takstene forutsetter at bruken av videokonsultasjoner i behandling foregår i henhold til krav til informasjonssikkerhet, det vil si jf. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Informasjonssikkerhet handler om risikohåndtering relatert til informasjon og behandling av personopplysninger. For å kunne utøve forsvarlig helsehjelp er god informasjonssikkerhet spesielt viktig. Integritet, tilgjengelighet og konfidensialitet er begreper som går inn under informasjonssikkerhet. Integritet betyr at personopplysninger og helseopplysninger må være sikret mot uautorisert endring eller sletting. Tilgjengelighet handler om at opplysninger som skal behandles, er tilgjengelig når det er behov for opplysningene. Med konfidensialitet menes det i Normen at personopplysninger og helseopplysninger må være sikret mot at uvedkommende får adgang til opplysningene (Direktoratet for e-helse, 2020).

2.6.3 Ulike typer videoløsninger

Selv om Norges innbyggere er aktive nettbrukere som er godt kjent med digitale tjenester, må likevel digitale tjenester være lette å forstå og enkle å bruke for alle, samtidig som det er viktig å ivareta personvern og informasjonssikkerhet (Direktoratet for e-helse, 2019). «I dagens teknologiske samfunn utfordres grensene mellom personvern, brukervennlighet og tilgjengelighet» (Datatilsynet, 2018). Direktoratet for e-helses hovedanbefaling når det kommer til det å bruke videoløsninger er å bruke videoløsninger som spesielt er utviklet for helsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020). Med dagens hensyn til smittevern og økt behov for bruk av video i konsultasjoner, skriver direktoratet for e-helse (2020) at det kan åpnes opp for midlertidig bruk av andre enkle og sikre videoløsninger. Hovedanbefalingen er likevel å bruke videoløsninger som er spesielt utviklet for helsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020). Uansett hvilken videoløsning man bruker, er det i midlertidig noen minimumskrav man skal følge (Direktoratet for e-helse, 2020).

Et av disse kravene er at videosamtalen skal være kryptert (Direktoratet for e-helse, 2020). All kommunikasjon skal sikres ved kryptering (Direktoratet for e-helse, 2020). Kryptering er en metode som sørger for at informasjon ikke kan leses av uvedkommende, altså kryptering sørger for konfidensialitet (Datatilsynet, 2012). I tillegg skal videoløsningen oppfylle kravene

til innebygd personvern (Direktoratet for e-helse, 2020). Innebygd personvern betyr at det blir tatt hensyn til personvern i alle faser av et system eller en løsning og er et sentralt krav i personopplysningsloven (Datatilsynet, 2018). Et annet krav er at pasienten skal entydig identifiseres (Direktoratet for e-helse, 2020). Hvis det er første gang behandler møter pasient over video skal pasienten identifiseres, dette kan være gjennom Bank-ID eller ved å vise gyldig legitimasjon. Hvis pasienten er kjent av behandler fra før, vil video av pasienten oppfyllet kravet om entydig identifikasjon (Direktoratet for e-helse, 2017). I tillegg er det et minimumskrav at innhold fra videosamtalen ikke skal lagres i selve videoløsningen (Direktoratet for e-helse, 2020).

2.6.3.1 Confrere

Confrere er en videoløsning direktoratet for e-helse anbefaler, og blir brukt i primærhelsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020). Confrere har ende-til-ende kryptering og oppfylder norske myndigheters sikkerhetskrav, slik som Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren og GDPR. Confrere er derfor godkjent for bruk i norsk helsevesen. Ende-til-ende kryptering betyr at det er kun behandler og pasient som har mulighet til å se og høre det som blir snakket om i samtalen (Confrere, u.å). I tillegg kan man identifiseres med Bank-ID, som kan skruses på i innstillingene i videotjenesten (Confrere u.å). Dette er et minimumskrav ifølge direktoratet for e-helse (2020). Confrere sitt mål er å tilby sikre, pålitelige videosamtaler som er enkelt å bruke for alle, uansett hvilke tekniske ferdigheter man har (Confrere, u.å). Pasienten trenger ikke å laste ned programmet, men trykker på en link som er sendt fra behandler (Confrere, u.å).

2.6.3.2 Skype og Skype for business/Microsoft Teams

Skype nevnes ikke som en videotjeneste man kan bruke i behandling. Skype for business er en videotjeneste som er nevnt av direktoratet for e-helse, men tjenesten anbefales ikke for bruk i helsetjenesten. De har likevel åpnet opp for bruken under koronapandemien, og skriver at helsepersonell som allerede har Office 365 kan benytte Skype for business. Direktoratet for e-helse (2020) skriver videre at Skype for business kan brukes til videokonsultasjon, men at den ikke er spesielt tilrettelagt for bruk i helsetjenesten. Hvis Skype for business og/eller Microsoft teams blir benyttet, er det utarbeidet et dokument for rutine for sikker bruk ved Skype for business/Microsoft Teams. Dette innebærer blant annet pasientens samtykke, entydig identifikasjon av både pasient og helsepersonell, at virksomheten skal ha kontroll over tildelte tilganger og at det ikke skal være mulig å kommunisere samtidig med andre enn den som er blitt invitert i samtalen (Direktoratet for e-helse, 2020).

2.6.4 Effekten av videokonsultasjon i behandling

Det finnes ingen forskning på effekten av videokommunikasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. Som tidligere nevnt har flere studier funnet sammenhenger mellom psykiske lidelser og nedsatt lydtoleranse (Fagelson & Baguley, 2018), eksempelvis angst, alvorlig depresjon og posttraumatisk lidelse (Jüris et al., 2013). Det finnes flere studier som har undersøkt effekten av videokonsultasjoner for behandling av ulike lidelser, slik som depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse. Undersøkelse gjort av Tuerk, Keller og Acierno (2018) viste at klinisk videokonferanse er blitt brukt for å levere gjennomførbar, god, sikker og effektiv evidensbasert omsorg. Dette for angst og depresjon til pasienter gjennom hele livsløpet, både individuelt og i gruppe.

Berryhill et al., (2019) gjorde en systematisk gjennomgang av effekten av videokonferanseterapi for behandling av depresjon. I studien fant de at videokonferanse for behandling av depresjon er en lovende metode for å levere psykiske helsetjenester. Av de 33 studiene som ble inkludert i den systematiske oversikten, rapporterte 22 studier statistisk signifikante reduksjoner i depressive symptomer, dette etter evidensbasert behandling levert via videokonferanse. Kognitiv atferdsterapi var en av de to mest evaluerte intervensjonene (Berryhill et al., 2019). I en annen studie gjort av Berryhill et al., (2019) var hensikten å finne effekten av videokonferanser med psykologisk terapi som mekanisme for å levere psykologisk terapi for behandling av angst. Kognitiv atferdsterapi var den vanligste intervensjonen evaluert for behandling av angstlidelser. Ved undersøkelse av om psykologisk terapi gitt via videokonferanse var mer effektivt enn eller på nivå med psykoterapi ansikt til ansikt, fant studier som var inkludert i denne systematiske gjennomgangen ingen forskjeller mellom gruppene (Berryhill et al., 2019). Når det kommer til behandling av posttraumatisk stresslidelse via videokonsultasjon fant Germain et al., (2010) ut at effekten av kognitiv atferdsterapi for posttraumatisk stresslidelse var lik enten om det ble gjort ansikt til ansikt eller ved videokonferanse. Nivåene av posttraumatiske symptomer, angst og depresjon forbedret seg betydelig under behandlingen under begge forholdene og disse gevinstene ble opprettholdt etter seks måneder (Germain et al., 2010).

2.6.5 Bruken av videokonsultasjon i behandling

MasterMind er et EU-prosjekt som har som mål å øke tilgjengelighet av kvalitetssikret behandling for depresjon, dette ved hjelp av internettbasert kognitiv terapi og videokonferanse (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020). Bakgrunnen for prosjektet var utfordringer med

kapasitet, likeverdige tjenester og tidligere positive erfaringer med e-helse. Konklusjonen i rapporten var blant annet at de fleste av pasientene opplevde videosamtaler som en hensiktsmessig måte å kommunisere på. I tillegg rapporterte også pasientene at de ville benyttet seg av tilbudet dersom de ble henvist ved en senere anledning (Kjøterøe et al., 2017). Likevel er det noen problemstillinger knyttet til bruken av videokonsultasjon i behandling, blant annet at bruken øker arbeidsmengden for klinikerne (Tuerk, Keller & Acierno, 2018). Det er også flere fordeler med bruk av videokonsultasjon i behandling, men også noen barrierer.

2.6.5.1 Fordeler og barrierer for bruk av videokonsultasjon

Å reise for å møte en terapeut på kontoret sitt kan være stressende og angstfremkallende, noe som kan føre til dårlig behandling og resultater. Med videokonsultasjoner har pasienten mulighet til å få behandling i sine egne hjem og i kjente omgivelser (Kocsis & Yellowlees, 2018). I evalueringsrapporten for prosjektet MasterMind gav pasientene tilbakemelding på at det var tryggere å være hjemme og at det var lettere å ta opp vanskelige tema i trygge omgivelser (Kjøterøe et al., 2017). Kocsis og Yellowlees (2018) skriver også at noen pasienter rapporterte at de følte seg mer komfortable og var i stand til å være mer åpne og ærlige, dette på grunn av avstanden mellom pasient og behandler en videokonsultasjon gir. Denne avstanden en videokonsultasjon gir kan skape en type psykologisk avstand, noe som kan gi pasienten en slags «beskyttelse» (Kocsis & Yellowlees, 2018). Behandling via videokonsultasjon kan også gi pasienten en større følelse av fysisk og psykologisk kontroll av økten. Denne kontrollen kan likevel være negativ, da det er lettere for pasienten å gå ut av videosamtalen, noe Kocsis og Yellowlees (2018) skriver kan være lettere å gjøre enn det ville vært hvis samtalen hadde foregått fysisk (Kocsis & Yellowlees, 2018).

Selv om tele medisinsk behandling har økt det siste tiåret, har utvidelsen blitt hindret av flere barrierer (Cowan et al., 2019). Pasientens personvern og informasjonssikkerhet er noe både behandler og pasienter har ytret bekymring om når det kommer til videokonsultasjon. De bekymrer seg blant annet for at uvedkommende kan få tilgang til personlige opplysninger (Cowan et al., 2019). I tillegg ytres det spesiell bekymring rundt nettverksikkerhet, kryptering og utstyr. Det presiseres at personer som jobber med behandling gjennom videokonsultasjoner trenger opplæring i bruk av godkjente teknologier, personvernkrav og potensielle spørsmål knyttet til bruk av teknologi. Gode, fungerende videoløsninger er avgjørende for å lykkes (Cowan et al., 2019). Rom med minimale forstyrrelser, gode lysforhold og tilstrekkelig

forbindelse for video- og lydoverføring er noen vurderinger som er viktig å ta hensyn til i forbindelse med en videokonsultasjon (Katz, et. al 2015). Flere studier har vist eksempler på tekniske vanskeligheter, slik som at videokonsultasjonen ikke vil starte, spontane frakoplinger eller dårlig lyd/visuell kvalitet. Tilstrekkelig overføringshastighet er nødvendig for en god gjennomføring av videokonsultasjon (Cowan et al., 2019). Klinikerne eller behandlerne rapporterer bedre holdninger til videokonsultasjon etter å ha prøvd det, noe som tyder på at økt eksponering for behandlerne kan være viktig for å lindre bekymringene (Cowan et al., 2019).

2.7 E-helse og den terapeutiske alliansen

Den mest fremtredende teoretiske forklaringen om den terapeutiske alliansen ble foreslått av Edvard Bordin, og han mente alliansen besto av tre deler (Gelso, Williams & Fretz, 2014). Den første delen innebærer at terapeut og pasient har en enighet om hvilke mål man arbeider mot, den andre hvilke metoder og teknikker som skal benyttes av både terapeut og klient for å nå målene som er satt og sist et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillitt og fortrolighet (Berge & Repål, 2015). Den terapeutiske alliansen anses som en viktig faktor i psykoterapi, slik som i kognitiv atferdsterapi (Wampold, 2015). Horvath, Del Re, Flückiger og Symonds (2011) undersøkte forholdet mellom den terapeutiske alliansen og individuell psykoterapi. De fant en positiv sammenheng mellom kvaliteten på den terapeutiske alliansen og utfall for flere forskjellige typer psykologiske terapier. I en annen studie ble det gitt sterk støtte til sammenhengen mellom allianse og resultater i individuell terapi (Flückiger, Del Re, Wampold og Horvath, 2018).

2.7.1 Terapeutisk allianse i videokonsultasjon

Bruk av videokonferanse i behandling er en nyskapende måte å levere behandling på, som har potensial til å overvinne mange av de siterte hindringene for tilgang til behandling. Det eksisterer imidlertid en debatt om hvorvidt en terapeutisk allianse kan dannes mellom terapeut og klient, når behandling blir gitt gjennom en slik løsning (Norwood, Moghaddam, Malins & Farrell, 2018). En av fordelene med videokonferanser er at det blir mulig for enkeltpersoner å se og høre hverandre i sanntid på en videoskjerm. Som et resultat er denne teknologien den som ligner mest på en tradisjonell ansikt-til ansikt-konsultasjon (Germain et al., 2010). Likevel er flere klinikere bekymret for kvaliteten på det terapeutiske forholdet og evnen til å etablere allianse (Cowan et al., 2019). Den terapeutiske alliansen anses som en viktig faktor i psykoterapi, slik som Wampold (2015) skrev. Spørsmålet er om den er tilstede når behandlingen blir levert gjennom videokonsultasjon.

Flere studier har undersøkt virkningen på terapeutisk allianse når andre metoder enn ansikt-til-ansikt benyttes med klienter (Rees & Stone, 2005). Studie gjort av Germain et al., (2010) viste at bruk av videokonferanse i behandling av posttraumatisk stresslidelse ikke påvirket utviklingen av en terapeutisk allianse. Den terapeutiske alliansen utviklet seg på samme måte både i ansikt-til-ansikt behandlinger og i videokonferanse (Germain et al., 2010).

I en systematisk gjennomgang gjort av Norwood, Moghaddam, Malins og Farrell (2018) ble det konkludert med at den terapeutiske alliansen ble sett på som lavere når behandling ble gitt gjennom videokonferanse. Likevel så det ut som å ha liten innvirkning på utfallet av behandlingen, noe som motsier funnet til Horvath et al., (2011) der de konkluderte med at dårligere terapeutisk allianse ville føre til dårligere utfall. Norwood, Moghaddam, Malins og Farrell (2018) har tre forslag til hvorfor den terapeutiske alliansen kan være dårligere i videokonferanse. Det første er at arbeidsalliansen er mindre viktig i videokonferanse, det andre at arbeidsalliansen blir vurdert til lavere på grunn av leveringsmediet (gjennom video) og det tredje at noe unikt skjer når behandling leveres gjennom videokonferanse som kompensere for litt lavere allianse (Norwood, Moghaddam, Malins & Farrell, 2018). Studier har imidlertid antydnet at behandlere vurderer alliansen lavere når behandling leveres gjennom andre medier enn ansikt-til-ansikt (Rees & Stone, 2005), mens pasientenes vurderinger ikke ser ut til å endre seg (Ruwaard et al., 2009). Dette skriver Norwood, Moghaddam, Malins og Farrell (2018) kan være tilfellet i den presenterte studien, og at sammenslåingen av behandlerens vurderinger og pasientenes vurderinger kan være grunnen til at alliansen ble vurdert som lav.

En nyere studie undersøkte terapeutisk allianse i blandet kognitiv atferdsterapi for pasienter med depresjon, sammenlignet med behandling ansikt-til-ansikt. De fant ingen forskjeller mellom behandlingsgruppene i måten pasienter og terapeuter evaluerte arbeidsalliansen. De antydnet derfor at det å gi en del av behandlingen online, heller enn ansikt-til-ansikt, ikke hadde noen negativ innvirkning på arbeidsalliansen mellom pasienter og terapeuter (Kooistra et al., 2020). Blandt kognitiv atferdsterapi er en kombinasjon av terapi online og ansikt-til-ansikt, der pasientene mottar både ansikt-til-ansikt økter med behandler og moduler i et online program. Hvor mange økter man har ansikt-til-ansikt avhenger blant annet av hvor mye veiledning og støtte pasienten trenger. Noen trenger mer ansikt-til-ansikt, mens noen trenger mindre. Å blande online moduler og ansikt-til-ansikt terapi tilbyr perspektiver for å forbedre

pasientens egenstyring og for å øke effektiviteten av terapi, samtidig som den gir den støtten pasienten trenger (Vaart et al., 2014).

3. Metode

Betydningen av ordet metode er opprinnelig veien til målet (Kvale og Brinkmann, 2015). I dette kapittelet presenteres oppgavens vei til mål, det vil si den metodologiske tilnærmingen som er grunnlaget for videre arbeid. Deretter går jeg nærmere inn på datainnsamlingen, der det blir gjort rede for utvalg og rekruttering av informantene, samt intervjuguide og hvordan selve intervjuet ble gjennomført. Videre blir databehandlingen belyst gjennom transkripsjon og analyse. Avslutningsvis diskuteres oppgavens validitet, reliabilitet og til slutt de etiske hensynene.

Problemstillingen som skal besvares i denne studien er: *hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydoleranse?* Hensikten med studien blir dermed å innhente audiopedagogers erfaringer rundt bruken av e-helse, eller rettere sagt videokonsultasjon, i behandling av pasienter med nedsatt lydoleranse. Hensikten gir føringer for hvilken forskningsmetode som blir hensiktsmessig å benytte. Med bakgrunn i problemstillingen, ble det benyttet en kvalitativ tilnærming som metode der empiri ble samlet inn ved et fokusgruppeintervju.

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Begrepet vitenskap er et komplekst og mangfoldig foretak, og har to hovedbetydninger. Det betegner på den ene siden prosedyrer og metoder, og på den andre siden den systematiske og ordnede kunnskapen som er resultatet av disse metodene (Lund, 2002). Det finnes ulike syn på kunnskap, noe som er sentralt i vitenskapsteorien. Vitenskapssyn handler om hvordan vi forstår, forklarer eller nærmer oss den sosiale virksomheten på. I arbeid med forskning er det nødvendig å ha et bevisst forhold til eget vitenskapssyn i møte med feltet man skal undersøke, samtidig som å være oppmerksom på og redegjøre for eget faglige ståsted. Hvorfor tenker vi og handler vi som vi gjør? Hva er det som inspirerer oss til å ta våre valg? (Brottveit, 2018). Vår vitenskapsteoretiske forankring har betydning for hva vi søker å innhente og danner et utgangspunkt for den forståelsen som utvikles (Thagaard, 2018). Vitenskapssyn har altså betydning for hvilke spørsmål som stilles, hvordan de utformes og hvordan de avgrenses, både vitenskapsteoretisk og metodisk (Brottveit, 2018). I denne studien skal det innhentes informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til begrepet e-helse. Jeg har valgt å gjøre rede for mitt vitenskapssyn i denne oppgaven, som er en kombinasjon av fenomenologi og hermeneutikk.

3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologi er en filosofisk og sosiologisk retning som fokuserer på hvordan fenomener og situasjoner oppleves (Tjora, 2017). I fenomenologien finner vi sentrale teoretikere som Husserl, Heidegger, Schütz og Merleau-Ponty (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er fenomenologi altså et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og at deres verden blir beskrevet slik den oppleves av informantene (Kvale og Brinkmann, 2015). I fenomenologien står menneskets subjektive opplevelse sentralt, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i personers erfaringer (Dalen, 2011; Thagaard, 2018). En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette forhåndskunnskap i parentes, og deretter rette kritisk oppmerksomhet mot den subjektive erfaringen i lys av individets livsverden (Malterud, 2017).

Fenomenologi egner seg godt som et utgangspunkt i denne studien for å få innsikt i, og å forstå informantenes erfaringer med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. Det blir viktig i denne oppgaven å stille spørsmål om hvordan erfaringene med e-helse behandling oppleves for deltakerne, hva som oppleves og på hvilken måte disse opplevelsene beskrives av forskningsdeltakerne. Det er altså informantenes beskrivelser av sine erfaringer som har størst betydning i denne oppgaven, noe som også er av størst betydning i en fenomenologisk tilnærming (Brottveit, 2018). E-helse behandling oppleves forskjellig for hver informant, nettopp fordi de har ulik bakgrunn, ulik erfaring og ulik forståelse. I denne studien ønsker jeg å se på hvilke erfaringer audiopedagoger har til e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. Jeg ønsker å se på informantenes egne perspektiver og hvordan e-helse forstås og oppleves av hver enkelt informant, noe som fenomenologien fokuserer på. Informantene kan gjerne ha like utfordringer og like lang erfaring med e-helse behandling, men likevel ulik opplevelse av det. Det er nettopp dette som ønskes å utforske.

3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger, dette gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende (Thagaard, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015). I hermeneutikken finner vi sentrale teoretikere som Schleiermacher, Dilthey, Gadamer og Ricœur (Malterud, 2017). Opprinnelig var hermeneutikken knyttet til fortolkning av tekster (Thagaard, 2018). I tolkning av tekster legger hermeneutikken særlig vekt på forholdet mellom deler og helhet (den hermeneutiske

sirkel) og videre betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017). Den hermeneutiske sirkel er en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet. Med utgangspunkt i en forståelse av teksten som helhet fortolkes dens forskjellige deler, og ut ifra disse fortolkningene settes delene på ny i forhold til helheten (Kvale & Brinkmann, 2015).

En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette forhåndskunnskap i parentes, altså min forforståelse i form av erfaringer, faglig perspektiv og teori (Malterud, 2017).

Hermeneutikken, eller retttere sagt Gadamer, er kjent for å ha sagt at forståelse er avhengig av visse fordommer (Kvale & Brinkmann, 2015). Fordommer i denne betydningen er vår forforståelse, noe som Gadamer mener at vi ikke kan se bort i fra (Brottveit, 2018). Malterud (2017) skriver at forforståelse ofte er motivasjonen for å sette i gang med forskning om et bestemt tema. Hos meg var det praksiserfaringer som gjorde at jeg ville skrive om nettopp e-helse behandling i masteroppgaven. Jeg observerte at mange av behandlingene foregikk over videokommunikasjon, noe som fikk meg til å tenke. Hvorfor kunne en slik behandlingsform være gunstig for denne pasientgruppen, hvilke fordeler og ulemper kan knyttes til en slik løsning? I tillegg tenkte jeg på pasientsikkerheten, hvor sikkert er det egentlig å drive behandling gjennom videokommunikasjon, slik som Skype? Erfaringene fra praksis gjorde altså at valget med å finne tema til masteroppgaven ble klart, noe som var motivasjonen for studien.

3.1.3 Kombinasjon av de to vitenskapsteoretiske perspektivene

I denne studien har jeg latt meg inspirere av disse to vitenskapsteoretiske perspektivene, men kan de egentlig kombineres? Særlig når det gjelder synet på verdien av forforståelse kan vi se at de to vitenskapsteoretiske perspektivene er uforenlige. Fenomenologien mener at informantenes egne perspektiver og deres verden blir beskrevet slik den blir opplevd av de selv og forskerens forhåndskunnskap blir satt i parentes. Hermeneutikken derimot, mener at vi ikke kan se bort i fra vår forforståelse. I denne studien mener jeg at jeg ikke kan sette mine forforståelser helt til side, men bruke mine erfaringer, mitt faglige perspektiv og teori på en mer konstruktiv måte. Forskerens forforståelse kan også virke begrensende i en studie, noe som Malterud (2017) skriver om. Forforståelsen kan bidra til at jeg går inn i prosjektet med skylapper og med en begrenset horisont. Hun beskriver at den vanligste fallgraven er at forforståelsen overdøver budskapet fra datamaterialet, at resultatene fra studien ikke stammer fra det empiriske materialet, men fra min forforståelse (Malterud, 2017). Med dette blir det viktig for meg som forsker å ha et aktivt og bevisst forhold til min egen forforståelse, slik at

dette kan forebygges. I studien er jeg ikke interessert i ren fenomenologi, men heller ikke i ren hermeneutikk. Derfor blir en kombinasjon av disse to vitenskapsperspektivene hensiktsmessig, der jeg trekker inn elementer fra både fenomenologien og hermeneutikken.

3.2 Kvalitativ metode

I denne studien er jeg interessert i å innhente erfaringer og opplevelser med e-helse behandling, noe som betyr at studien er prosessorientert og ikke variansorientert. Med dette menes det at studien fokuserer på hvordan ting foregår, i motsetning til variansorientert der man er det fokuserer på forskjeller og korrelasjon (Maxwell, 2013). Målet er altså forståelse snarere enn forklaring (Malterud, 2017). Siden problemstillingen og forskningsspørsmålene i denne studien er prosessorientert og er ute etter erfaringer og opplevelser, vil en kvalitativ tilnærming egne seg godt.

Kvalitativ forskning er en tilnærming for å utforske og forstå personers eller gruppers meninger til et sosialt eller menneskelig problem (Creswell & Creswell, 2018). Målet med kvalitativ forskning er i følge Malterud (2017) å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for deltakerne selv. Tilnærmingen bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2012). Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der det ikke foreligger mye kunnskap, noe som er tilfellet i denne studien (Malterud, 2017). I slike studier stilles det særlig store krav til åpenhet og fleksibilitet (Thagaard, 2018). Selve prosessen i kvalitativ forskning kjennetegnes av et fleksibelt forskningsopplegg, det vil si at vi arbeider parallelt med de ulike delene. Problemstillingen som blir definert i starten av prosjektet, blir videreutviklet underveis og planen for prosjektet kan bli revidert (Thagaard, 2018). Hvordan forskningsprosessen i denne studien har foregått, vil bli beskrevet senere i oppgaven.

Innen kvalitativ forskning finner vi ulike metoder, slik som for eksempel intervju og observasjon. Dette må sees i sammenheng med hva som er relevant til problemstillingen. Da jeg er ute etter å få innsikt i informantenes erfaringer, finner jeg det hensiktsmessig å gjennomføre et kvalitativt intervju. Hva det kvalitative forskningsintervjuet innebærer, blir nå beskrevet nærmere.

3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

Formålet med et intervju er å få fyldige kunnskaper om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon. Dette innebærer hvilke synspunkter og perspektiver de har på temaet

intervjuet handler om. Når man skal få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser egner intervju seg svært godt (Thagaard, 2018). Det kvalitative forskningsintervjuet kan ha forskjellig utforming med ulik grad av struktur, men det som kjennetegner alle intervjuformer er et menneskemøte mellom forsker og informant (Brottveit, 2018). Det finnes altså flere forskjellige intervjuformer, men man må se på hvilket som er hensiktsmessig for formålet med forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2.1.1 Fokusgruppeintervju

I denne studien er fokusgruppeintervju blitt utført for å svare på problemstillingen. Skal man utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø, er fokusgrupper en relevant forskningsmetode (Malterud, 2012). I denne studien ble det et naturlig valg. For det første er e-helse et område der det ikke foreligger mye forskning, spesielt ikke i det aktuelle fagmiljøet. Kvale & Brinkmann (2015) skriver at undersøkelser på nye områder kan bringe frem spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter ved bruk av fokusgrupper enn når man bruker individuelle intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2015). For det andre ønskes det å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus, noe som nettopp er hensikten med et fokusgruppeintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Selve gruppeprosessen er spennende i seg selv, som kan bidra til å skape fortellinger (Malterud, 2012). Målet er at temaet blir belyst på ulike måter fra informanter med ulike synspunkter og ulik erfaring. I tillegg er det et mål at deltakernes erfaringer og kunnskaper rundt emnet blir delt med hverandre, som kan komme fagmiljøet til gode.

I dag benyttes fokusgrupper i økende grad. Kvale & Brinkmann (2015) mener at en fokusgruppe består av seks til ti personer og Malterud (2017) mener at den består av fem til åtte deltakere. I denne studien besto fokusgruppen av fire deltakere, noe som er mindre enn anbefalt av teorien. Forklaring på dette blir beskrevet under utvalg. Fokusgruppeintervjuet ledes av en moderator, som har en mer styrende rolle enn ved individuelle intervjuer. Moderatorens oppgave er å sørge for at alle deltakerne får snakke, følge med på gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutviklingen og i tillegg bidra til at samtalen mest mulig holder seg til temaet som skal belyses (Malterud, 2015). Under diskusjoner i gruppen gir deltakerne respons på hverandres synspunkter, noe som bidrar til at vi får kjennskap i hvilke variasjoner i holdninger det finnes i et miljø. Diskusjonene kan derfor bidra til å utdype temaene som er relevante for prosjektet (Thagaard, 2018).

3.3 Datainnsamling

For å svare på studiens problemstilling, må datamaterialet være fyldig nok (Dalland, 2017). Jeg vil nå beskrive oppgavens utvalgsprosess, utarbeidelse av intervjuguide, prøveintervju og selve gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet.

3.3.1 Utvalgsprosessen

I kvalitative studier er det vanlig å foreta et strategisk utvalg, det vil si å rekruttere deltakere som kan bidra med informasjon om det aktuelle temaet som skal undersøkes (Brottveit, 2018). Særlig i fokusgrupper er det viktig at vi vurderer sammensettingen av utvalget nøye, på denne måten har deltakerne et felles grunnlag for diskusjoner (Thagaard, 2018). Det ble for meg hensiktsmessig å utføre et strategisk utvalg ved rekruttering av informanter til masterprosjektet. Utvalgskriteriene til denne studien var at informantene måtte være audiopedagoger, ha erfaring med behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse (barn/ungdom eller voksne) og ha erfaring med videokommunikasjon i behandling.

Rekrutteringsprosessen begynte med at jeg sendte ut informasjon til Norsk Audiopedagogisk Forening, som videreformidlet denne informasjonen til audiopedagoger. Jeg la også ut ett innlegg på en facebookgruppe for audiopedagoger. Min kontaktinformasjon ble lagt ved, slik at de kunne kontakte meg for videre informasjon om masterprosjektet. Jeg fikk ganske raskt svar fra en person om at hun ønsket å være med i fokusgruppeintervjuet. Etter dette tok det ganske lang tid, men til slutt satt jeg igjen med 4 deltakere. I utgangspunktet hadde jeg 6 deltakere, men Covid-19 satte begrensninger for disse deltakerne å delta. Jeg prøvde å endre tidspunkt for intervjuet, men da mye var usikkert knyttet til virusutbruddet så jeg det hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet med 4 deltakere.

Det endelige utvalget besto som sagt av 4 deltakere, alle kvinner. Jeg valgte å gi deltakerne fiktive navn, dette for at oppgaven skal bli mer leservennlig samt for å ivareta deltakernes anonymitet. Informantene fikk navnene: Hilde, Lene, Beate og Ida. Det er få audiopedagoger som bruker videokommunikasjon i slik behandling, dermed blir utvalget en liten gruppe. Dette gjør også at utvalget kan lett være identifiserbar, derfor ble lite bakgrunnsinformasjon samlet inn. Det som var relevant for meg å vite var hvor lenge de hadde brukt videokommunikasjon, hvilken type videokommunikasjon som ble brukt og om de jobbet i offentlig eller privat sektor. Alder og type stilling kan lett identifisere en slik liten gruppe, og ble derfor ikke samlet inn. Det blir gitt en kort beskrivelse av deltakerne under resultat.

3.3.2 Intervjuguide

Intervjuguide må tilpasses studiens tema, innhold og hvilken type kunnskap det er ønskelig å innhente, derfor har intervjuguiden svært ulik utforming (Brottveit, 2018). Intervjuguiden i denne studien er utformet med bakgrunn i problemstillingen: hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?

Intervjuguiden (vedlegg 1) er strukturert med 4 tematiske hovedpunkter samt et siste, avsluttende tema. Disse hovedpunktene er generelle erfaringer, voksen og barn/ungdom, relasjon mellom behandler og pasient, bruk av teknologien og avsluttende. Brottveit (2018) skriver at det er lurt å stille mer vide spørsmål i starten av intervjuet og spisse spørsmålene etterhvert. Dette ble gjort i intervjuguiden, der deltakerne begynte å snakke bredt om hvordan de forsto begrepet e-helse, hvilke erfaringer de har med videokommunikasjon i behandling og hvorfor videokommunikasjon kan egne seg for pasientgruppen. Etterhvert ble spørsmålene mer spisset på enkelte temaer, for så å åpne opp igjen for mer generelle spørsmål i slutten av intervjuguiden. Dette gjorde at intervjuet fikk en naturlig start, samt en naturlig slutt. Å utforme intervjuguide på denne måten kalles traktprinsippet, der man starter med vide spørsmål, spisser spørsmålene underveis i intervjuet for så å åpne opp for mer generelle spørsmål avslutningsvis (Dalen, 2011).

3.3.3 Prøveintervju

Et prøveintervju, eller pilotintervju er blitt utført for å teste hvordan spørsmålene i intervjuguiden forstås (Kvale & Brinkmann, 2015). Prøveintervjuet ble gjennomført med veileder som har god erfaring med videokommunikasjon med pasienter med nedsatt lydtoleranse. Dette gjorde at veileder kunne gi meg tilbakemelding på om noen spørsmål burde endres på, eller om det var noe annet som jeg burde tilføye. Siden intervjuguiden var laget for et fokusgruppeintervju, ble noen av spørsmålene for åpne. Likevel fikk jeg en god pekepinn på hvordan spørsmålene fungerte i praksis. Etter prøveintervjuet diskuterte jeg spørsmålene med veileder, noe som resulterte i endring av noen spørsmål og at jeg tilføyde noen nye.

Det som var planlagt var å foreta prøveintervjuet på veileders kontor, men Covid-19 satte begrensninger for dette. Dermed måtte vi utføre prøveintervjuet over Skype, som var en fordel med tanke på at fokusgruppeintervjuet også måtte utføres over Skype. Dette var ikke planen på tidspunktet prøveintervjuet ble foretatt, men jeg var allerede da forberedt på at dette

kunne bli aktuelt. Jeg fikk dermed øvd meg litt på å holde intervju over video, samtidig som jeg fikk prøvd ut diktafonen i en slik situasjon. Under prøveintervjuet får man altså sjekke om det tekniske utstyret fungerer som det skal (Dalen, 2011). Jeg benyttet meg av den nye diktafon-appen til UIO som jeg aldri hadde brukt før. Før prøveintervjuet hadde jeg lest meg opp på hvordan appen skulle tas i bruk, men var usikker på hvordan den fungerte i praksis. Lydopptaket fungerer slik at det er 45 min grense per opptak, og får varsling når denne grensen er nådd. Når dette skjer, må jeg levere opptaket og begynne på nytt opptak. Dette fikk jeg prøvd ut på prøveintervjuet, og visste dermed hvordan det skulle gjøres når det kom til fokusgruppeintervjuet.

3.3.4 Gjennomføring av intervju

Som sagt tidligere satte Covid-19 begrensninger på utførelse av fokusgruppeintervjuet. I utgangspunktet var det planlagt å holde fokusgruppeintervjuet i et lokale, men måtte i istedenfor utføre det på Skype. Jeg sendte ut link til alle deltakerne på forhånd som de skulle trykke på når intervjuet skulle starte, noe som fungerte veldig greit. En av deltakerne hadde hatt litt problemer ned nettverket denne dagen, så noen ganger hakket det litt. Likevel ble jeg overrasket over at det gikk så greit som det gjorde.

Før selve intervjuet gikk jeg gjennom noen praktiske ting, som for eksempel hvordan diktafonen fungerte. Siden jeg brukte UIO sin nye diktafon app, var det viktig for meg å forklare at jeg ikke tok lydopptak på telefonen men gjennom denne appen. Ellers forklarte jeg kort hvordan intervjuet ville foregå og hvordan min rolle i intervjuet ville være. I tillegg gav jeg deltakerne fiktive navn, slik at de kunne bruke disse navnene når de hadde en kommentar til hverandre. Dette var hovedsakelig for å ivareta deltakernes anonymitet, men også fordi Skype ikke er kryptert.

Jeg startet intervjuet med å si litt om meg selv og min bakgrunn. Deretter gjentok jeg litt av det som sto i informasjonsskrivet som de hadde lest på forhånd. Etter dette begynte deltakerne å si litt om seg selv og sine erfaringer med videokommunikasjon. Allerede her begynte deltakerne å snakke litt om temaer som vi skulle snakke om senere. Jeg noterte meg hva de hadde tatt opp, og spurte om de hadde mer å tilføye når de aktuelle spørsmålene kom senere i intervjuet. Min rolle som moderator har jeg tenkt over i etterkant av intervjuet. Moderator har en mer styrende rolle i et fokusgruppeintervju enn ved individuelle intervjuer. Noen av mine oppgaver var å sørge for at alle fikk snakke, følge med på gruppedynamikken og bidra til at

samtalen mest mulig holdt seg til temaet (Malterud, 2017). Deltakerne i fokusgruppeintervjuet var veldig selvgående, der jeg i liten grad behøvde å gå inn for å styre. Under intervjuet fikk alle medlemmer i NAF en mail angående videokommunikasjon for audiopedagoger. Denne mailen provoserte mange og diskusjonen rundt det som egentlig var spørsmålet falt litt ut. Likevel var mailen interessant for studien, så jeg valgte å la diskusjonen gå. Etterhvert måtte jeg inn og veilede dem inn på temaet vi snakket om i utgangspunktet.

Det optimale hadde vært og hatt flere deltakere i fokusgruppen, likevel gikk det bedre enn forventet. Jeg hadde ikke så mye valg da virusutbruddet kom, så da var det å gjøre det beste ut av situasjonen. Deltakerne hadde mye å dele og det var en fin gruppedynamikk. De diskuterte, hadde kommentarer til hverandre og var både enig og uenig i det andre hadde å si. Det jeg syntes var litt synd, var at jeg ikke fikk mulighet til å hilse på deltakerne. De fleste av dem hadde jeg ikke sett før, så det ble litt rart å hilse over video. Likevel er jeg glad for at jeg fikk gjennomført intervjuet, tross situasjonen. Deltakerne var alle engasjerte, faglig sterke og flinke til å utdype det de mente.

3.4 Databehandling

Etter intervjuet var gjennomført, ble neste steg transkribering. Det transkriberte datamaterialet ble videre organisert, bearbeidet og tolket. Under databehandling blir det redegjort for transkriberingen av fokusgruppeintervjuet, samt analyse- og tolkningsarbeid av datamaterialet.

3.4.1 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, i dette tilfellet transformere muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst. Når intervjuet blir transkribert fra muntlig til skriftlig form, struktureres samtalen slik at den egner seg bedre for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg begynte å transkribere intervjuet dagen etter selve intervjuet, dette fordi fokusgruppeintervjuet ble utført på kveldstid. Intervjuet ble transkribert av meg selv uten noen form for hjelp, verken av andre personer eller av et program. Jeg tenkte i utgangspunktet å benytte meg av tekstbehandlingsprogrammet NVivo, men valgte å ikke gjøre dette fordi jeg ønsket meg en nærhet til materialet.

Før transkripsjonen er det noen valg som må tas. Skal uttalelsene transkriberes ordrett, der man tar med alle gjentakelser og alle «eh»-er eller lignende, eller skal intervjuet transkriberes til en mer formell, skriftlig stil? (Kvale & Brinkmann, 2015). Med råd fra min veileder valgte

jeg å transkribere til en mer formell, skriftlig stil. Alle «eh»-er og lignende ble utelukket, samtidig som gjentakelser ble fjernet. Likevel var jeg kritisk til hva jeg fjernet. Etter transkripsjonen valgte jeg å høre gjennom opptaket på nytt, samtidig som jeg leste hele transkripsjonen. Her observerte jeg noen steder at jeg hadde fjernet gjentakelser som var nyttig for innholdet i sitatet, så disse skrev jeg inn igjen. Jeg gjorde det samme på nytt en tredje gang for å kvalitetssikre at ingen viktig informasjon hadde gått tapt.

Noe informasjon måtte bli fjernet av hensyn til personopplysninger, slik som navn og stedsnavn. I tillegg ble dialekter skrevet som bokmål, først og fremst for å ivareta anonymitet og i tillegg for at materialet skulle bli mer lettlest. Tegnet [...] indikerer at det er sagt noe mellom, men er tatt vekk av ulike årsaker. Dette kunne være informasjon som lett kunne identifisert informanten, eller det kunne være informasjon som ikke var relevant for problemstillingen.

3.4.2 Analyse - systematisk tekstkondensering

Etter transkriberingen skulle materialet analyseres. Uansett hvilken analysemetode man velger, er det viktig å sette seg nøye inn i spillereglene for analysen og følger disse nøye. Systematisk tekstkondensering (STK) presenteres i detalj av Malterud (2017). STK er en pragmatisk metode for analyse av kvalitative data, dette på en systematisk og overkommelig måte. Metoden kan brukes til analyse av mange typer empiriske data, uten forutsetninger for at forskeren er knyttet til filosofiske røtter. Dette gjør at analysemetoden særlig egner seg for nybegynnere (Malterud, 2017).

STK er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Selv om fenomenologi var inspirasjonen, er ikke STK en fenomenologisk analysemetode. Slik som Giorgis analysemetode setter også STK forskerens egne erfaringer i parentes. Likevel vektlegger STK erkjennelsen og betydningen av forskerens ståsted og forforståelse som en viktig forutsetning for den situerte kunnskapen (Malterud, 2017). Dette gjorde at analysemetoden egnet seg for denne studien, da studien er inspirert av de to vitenskapsteoretiske perspektivene fenomenologi og hermeneutikk.

STK er en induktiv tilnærming på den måten at det er empiriske data fra informantene som bidrar til å belyse forskningsspørsmålet. Spesielt for metoden er at man innledningsvis retter oppmerksomheten mot relativt få temaer og kodegrupper, sammenlignet med andre

analysemetoder der man ofte starter med å gå bredt ut. Annet som er spesifikt for STK er fremgangsmåten for abstrahering når data er kodet, med utvikling av et kondensat. Analysen har fire trinn som utgjør hovedstrukturen i STK. Dette er helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og til slutt syntese (Malterud, 2017). Nedenfor blir det redegjort for analysens fire trinn, fra helhetsinntrykk av materialet til rekontekstualisering.

3.4.2.1 Helhetsinntrykk – fra kaos til foreløpige temaer

Første trinn i analysen består av å bli kjent med datamaterialet. I følge Malterud (2017) betyr dette at alle sidene med det transkriberte datamaterialet skal leses gjennom for å få et helhetsbilde og vurderer her mulige temaer. Det er altså helheten som er det viktigste i dette trinnet, ikke detaljene. For å stille oss åpne til de inntrykkene som materialet kan formidle, er det viktig at vi i dette trinnet arbeider aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme i midlertidig parentes (Malterud, 2017).

I første trinn er det foreløpige fugleperspektivet som teller og underveis i lesingen skal vi på dette trinnet motstå all trang til å systematisere (Malterud, 2017). Jeg startet med å lese det transkriberte materialet to ganger, dette for å få et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet. Jeg skrev ned noen notater med tankene jeg dannet meg underveis i lesingen, men unngikk å systematisere. Da alt var lest, begynte jeg å oppsummere mine egne inntrykk av materialet. Her skal man i følge Malterud (2017), skrive ned noen foreløpige temaer vi kan skimte i teksten. De foreløpige temaene representerer videreutvikling, sammenlignet med intervjuguiden. Lesingen skal gi oss nye inntrykk og ideer. Hvis intervjuguiden og de foreløpige temaene er for like, kan det bety at vi forfølger vår forforståelse. Vi skal altså være våkne for nye mønstre i materialet (Malterud, 2017). Etter to gjennomlesinger av materialet endte jeg opp med 18 temaer. Mange av disse handlet mye av det samme og kunne derfor gå inn under hverandre. Til slutt endte jeg opp med fem temaer som var *fordeler med bruk av videokommunikasjon, utfordringer med det tekniske, motivasjon, første møte og Helfo og takster*.

3.4.2.2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

I analysens andre trinn ble den delen av materialet som skulle studeres nærmere organisert, og resten ble lagt til side. Etter gjennomlesning fra et fugleperspektiv i foregående trinn, sorterte jeg nå relevant tekst fra irrelevant tekst. Det som er viktig er at man kun skal sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Den delen av teksten jeg mente ikke kunne tenkes å belyse problemstillingen, ble lagt til side og sett på senere etter

sorteringen. Jeg startet analysens andre trinn med en gjennomgang av materialet linje for linje, dette for å identifisere meningsbærende enheter. Malterud (2017) skriver at STK-metoden ikke anser hele teksten som meningsbærende enheter, derfor må man sortere teksten. All tekst må gjennomgås grundig og systematisk for å vurdere hva som skal være med videre (Malterud, 2017).

Malterud (2017) skriver at de meningsbærende enhetene enten kan være korte eller lange, og at det er bedre å ta med litt for mye enn litt for lite. I mitt tilfelle tok jeg med litt for mye, dette for å ikke sortere bort tekst som var relevant. Det som ble gjort i dette steget var å merke de meningsbærende enhetene, samt systematisere dem. Dette kalles koding, og tar sikre på å identifisere og sortere alle meningsbærende enhetene i teksten (Malterud, 2017).

Kodearbeidet ble en slags sorteringsprosess og det er en forutsetning i dette arbeidet at man arbeider fleksibelt. Hele poenget er at man skal kunne gå tre skritt frem og to tilbake, samtidig som man åpner opp for at nye begreper utvikles underveis (Malterud, 2017). Det ble brukt lang tid på dette trinnet, der teksten ble gjennomgått grundig og systematisk. Samtidig var det viktig å gå tilbake til det jeg hadde lagt til side, flere ganger, for å forsikre meg om at det som ble tatt vekk ikke skulle tas tilbake igjen.

Slik som Malterud (2017) skriver, er det nyttig å starte med et overkommelig antall kodegrupper og utvide nyansene underveis i arbeidet. Jeg begynte med å markere tekst som var relevant for min problemstilling, altså hvilke erfaringer audiopedagoger har med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. Etter jeg hadde markert det som var relevant, systematiserte jeg disse meningsbærende enhetene og laget koder. Det var litt utfordrende å lage koder, for i starten ble kodelisten veldig lang. Jeg måtte dermed studere teksten noe nærmere og se om noen av kodene kunne gå inn i hverandre. Noen av de meningsbærende enhetene passet inn under flere koder og jeg måtte derfor endre kodene slik at det ikke ble skrevet dobbelt. Kodelisten utgjorde tilsammen 19 koder.

3.4.2.3 Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold

I analysens tredje trinn skal man nå systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet som er kodet sammen. Den delen av materialet der jeg ikke har funnet meningsbærende enheter legger jeg foreløpig til side og fokuserer på den andre delen som inneholder de meningsbærende enhetene. De meningsbærende enhetene blir nå sortert i tre til fem kodegrupper (Malterud, 2017). Når dette var gjort hadde jeg redusert materialet til et

dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter, og satt dermed igjen med fire kodegrupper som alle kunne si noe om audiopedagogers erfaringer med e-helse behandling (Malterud, 2017). Innenfor hver av disse kodegruppene sorterer jeg også materialet i to til tre subgrupper. Disse subgruppene inneholder hovedaspektene i de aktuelle kodegruppene (Malterud, 2017).

Analysemetoden omfatter et spesielt metodisk grep som omhandler å lage et kunstig sitat, også kalt kondensat. Poenget med et kondensat er at det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene skal omsettes til en mer generell form. I kondensatet brukes det jeg-form, dette fordi man ikke skal glemme at man fortsatt representerer hver av deltakerne. Kondensatet skal utgjøre en sum av det deltakerne har sagt i den aktuelle subgruppen innenfor hver kodegruppe, helst med deltakernes egne uttrykk (Malterud, 2017). Jeg skrev kondensat til hver subgruppe innenfor hver kodegruppe. Alle kondensat ble skrevet i jeg-form og deltakernes egne ord og uttrykk ble benyttet. For å kalle det en STK-analyse må kondensatene lages, hvis man dropper dette elementet blir det altså misvisende å kalle det en STK-analyse da det er en viktig del av analysen. De aktuelle kondensatene skal også ha et tilknyttet gullsitat, som best mulig skal illustrere kondensatet (Malterud, 2017). Nedenfor er det presentert et utdrag fra et av kondensatene med tilhørende gullsitat.

Kondensat:

Videokommunikasjon er et godt alternativ for de med lang reisevei. Mine erfaringer er at mange av dem som har reist med for eksempel trikk eller t-bane, er allerede helt utslitt når de kommer til timen. Når de allerede er slitne av å reise, blir de heller ikke like mottakelige for behandling når de kommer til kontoret. Med videokommunikasjon slipper de å bruke opp all energien sin på å reise. Man kan jo tenke på hva er fordelene og hva er ulempene med videokommunikasjon, men hva er egentlig det viktigste? Jeg tenker at det viktigste er jo at de får med seg det som blir sagt i timen og hva de skal jobbe med videre. Hvis de kommer til timen helt utslitt etter reise får de kanskje ikke like mye med seg enn hvis vi hadde tatt det over video. Og jeg vet jo hva jeg ville valgt selv i en travel hverdag. Det å bruke en halv dag på å reise, kanskje tatt meg fri fra jobb og i tillegg prøve å finne frem til et sykehus eller en klinikk et eller annet sted. Ja, det tar mye energi, og da blir de som sagt ikke like mottakelige når de først kommer frem.

Gullsitat:

Beate: Men jeg tenker jo at, sånn som det ble nevnt dette med at flere av dem har lang reisevei, som gjør at mange av dem blir slitne innen de kommer til kontoret. Og da er jo videokonsultasjon en veldig grei ting, hvor de slipper å bruke all energien. [...] For jeg tenker at det viktigste er jo at de får med seg det som blir sagt i timen og hva de skal jobbe med videre. Enn at, ja, at de kommer til timen og er helt utslitt og kanskje ikke får med seg så mye da.

3.4.2.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Siste trinn av analysen handler om å sette bitene sammen igjen, vi skal altså rekontekstualisere. Det vi har funnet skal sammenfattes i form av fortolkete synteser som grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Det er viktig at denne sammenfatningen formidles på en slik måte at man er lojal i forhold til deltakernes stemmer, og skal i tillegg gi leseren innsikt og tillit (Malterud, 2017). Kondensatet i forrige trinn er et arbeidsnotat som nå brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i dette trinnet. Disse kondensatene som ble laget i forrige trinn, skal nå brukes for å lage en analytisk tekst som skal representere resultatene i forskningsprosjektet (Malterud, 2017).

Den analytiske teksten for hver subgruppe og kodegruppe, skal illustreres med et gullsitat som konkretiserer funnene. Poenget med det tilhørende gullsitatet er ikke å bevise at funnene stemmer, men fungere som fargerike eksempler som utdyper det teksten forteller. I teksten bruker vi uttrykk hentet fra de meningsbærende enhetene, men den skal ikke bestå av en serie med sitater. Teksten blir skrevet i tredjeperson, dette fordi min rolle som forsker er å gjenfortelle på vegne av deltakerne slik at det blir ny kunnskap. Her skal vi skape en distanse som minner oss på at det er forskerens ansvar for tolkningene som blir gjort (Malterud, 2017). Et eksempel på et analytisk tekstutdrag vises nedenfor, skrevet i tredjeperson.

Alle informantene betraktet videokommunikasjon som et godt alternativ for de pasientene med lang reisevei. De forklarte at pasientene kom utslitte til timen da de hadde reist langt, enten med egen bil eller med kollektiv transport. En nevnte spesielt at kollektiv transport var utfordrende for mange av pasientene, med mye folk og mange inntrykk. Resultatet av dette gjorde at pasientene ikke var like mottakelige for behandling når de kom til kontoret. En av informantene fortalte at det viktigste er at pasientene får med seg hva som blir sagt i timen og vet hva de skal jobbe med videre. Med videokommunikasjon slipper pasientene å bruke all

energien sin på å reise, noe alle deltakerne var enige i. En av informantene fortalte at hun selv ville valgt videokommunikasjon i en travel hverdag og lang reisevei. Hun forklarte at det å ta seg fri fra jobb, bruke en halv dag på å reise og i tillegg finne frem til behandlingsstedet tar mye energi. Dette var alle informantene enige i.

3.5 Forskningens kvalitet

Som indikatorer på kvalitet benyttes ofte de tre kriteriene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2017). I denne delen av oppgaven skal jeg redegjøre for studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Reliabilitet knyttes til begrepet pålitelighet, om forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Validitet handler om gyldighet, altså om de tolkningene forskeren har kommet frem til er gyldige (Thagaard, 2018). I tillegg kommer generaliserbarhet, eller overførbarhet som handler om i hvilken grad resultatene i studien kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet knyttes som sagt til begrepet pålitelighet, og betyr at studiens resultat skal kunne etterprøves av en annen forsker som skal få likt resultat ved bruk av den samme framgangsmåten (Thagaard, 2018). Dalen (2011) skriver at reliabilitet er mest aktuelt i kvantitativ forskning, da det i kvantitativ forskning er utviklet standardiserte metoder for å måle reliabilitet. I kvalitative studier blir det vanskelig å etterprøve framgangsmåten for å komme frem til like resultat, nettopp fordi individer og omstendigheter endrer seg (Dalen, 2011). Hvis en annen forsker hadde gjennomført samme fokusgruppeintervju om ett år, hadde trolig audiopedagogene andre og flere erfaringer enn hva de hadde da dette intervjuet fant sted. Dette betyr at reliabilitet må anvendes på en annen måte i kvalitativ forskning, enn i kvantitativ forskning.

I kvalitativ forskning må forskeren argumentere for reliabilitet, dette for å overbevise leseren om kvaliteten og verdien av resultatene man har kommet frem til (Thagaard, 2018). I denne studien er det blitt utført et fokusgruppeintervju ledet av meg som intervjuer, eller moderator. Kvale & Brinkmann (2015) diskuterer særlig intervjuerens reliabilitet, dette i sammenheng med intervju spørsmål som kan påvirke svarene som blir gitt. Under fokusgruppeintervjuet diskuterte deltakerne seg mellom, uten noen innblanding av meg. Jeg var bevisst på mine egne, verbale responser slik at disse ikke skulle virke ledende. I tillegg kan også kroppslige

responser fungere som ledende og kan videre påvirke svarene til deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Hvilke kroppslige responser jeg gav var jeg også bevisst på, både før og under intervjuet. En kroppslig respons som kunne vært ledende er blant annet å nikke om jeg er enig i det deltakerne diskuterer. Det er lett å oppfatte om man er enig eller uenig i en uttalelse, både kroppslig og verbalt. For meg var det viktig å ikke vise noen slike responser, dette for å ikke påvirke svarene som ble gitt. Det var likevel viktig for meg å være bekræftende, altså si noen «mm» og lignende, for å ikke bli for passiv.

Noe som sjeldent blir nevnt i samfunnsvitenskapelige metoder er transkripsjonens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien er lydopptaket transkribert til skriftlig tekst, utført av kun en person, noe som kan svekke transkripsjonens reliabilitet. Jeg fjernet noen utsagn, men stilte meg kritisk til hva jeg fjernet og hvorfor jeg fjernet det. Lydopptaket ble hørt gjennom tre ganger for å kvalitetssikre at ingen viktig informasjon hadde gått tapt, samt for å sikre at det informantene sa faktisk ble skrevet slik de hadde uttalt seg.

Hvilken analytisk metode som er anvendt og hvordan denne analysen er beskrevet er også med på å styrke studiens reliabilitet (Dalen, 2011). STK-analysen presenteres i detalj av Malterud (2017) og må følges strategisk fra trinn en til trinn fire. I analysen er det beskrevet nøye hvordan materialet er blitt bearbeidet. Siden STK er en analyse som foregår over flere trinn, gjør det at prosessen blir svært systematisk. Hvis man hopper over noen elementer kan man ikke kalle det en STK-analyse, samtidig blir heller ikke resultatene slik man ønsker. Jeg gikk også frem og tilbake i analysen for å bekrefte at jeg gjorde det riktig, slik at resultatene ble mest mulig pålitelige.

3.5.2 Validitet

Begrepet validitet betyr som sagt gyldighet, og handler om resultatene vi kommer frem til er gyldige og hvordan vi tolker disse resultatene (Thagaard, 2018). I samfunnsvitenskapene viser validitet til om metoden som brukes faktisk undersøker det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2015) har forsøkt å gjenfortolke hverdagsbegrepet gyldighet slik at det passer til kunnskapsproduksjonen i intervjuer. I kvantitativ forskning ser vi på validitet som om studien måler det den er tiltenkt for å måle (De Vaus, 2014). I en bredere fortolkning kan vi utelukke begrepet måling, og se på om metoden undersøker det den er ment for å undersøke. På denne måten kan validitet også gi den kvalitative forskningen gyldig, vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer for at validitet preger alle fasene i intervjuundersøkelsen, fra start til den endelige utskriften. Dalen (2011) drøfter forhold som forskerrollen, forskningsopplegget, utvalg, metodisk tilnærming, datamaterialet og tolkninger og analytiske tilnærminger som forhold knyttet til validitet i kvalitative intervjustudier. Min rolle som forsker er blitt tydeliggjort under vitenskapsteoretisk grunnlag. Jeg har vært tydelig på hvordan deltakerne i studien er blitt rekruttert og har gitt en kort beskrivelse av det endelige utvalget. Datasamlingsmetoden som er valgt, er i denne studien tilpasset mål og problemstilling. Siden jeg er ute etter synspunkter og erfaringer med e-helse ble det hensiktsmessig å benytte meg av en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju. I det aktuelle fagmiljøet foreligger det ikke mye forskning på området e-helse, noe som også gjør at fokusgruppeintervju egnet seg godt i denne studien. I tillegg ble det utarbeidet en intervjuguide som hadde sammenheng med problemstillingen, noe som kan styrke validiteten og at studien undersøker det den søker å undersøke. Teknisk utstyr som lydopptak er blitt brukt i intervjuet, og ble prøvd ut i forkant slik at selve kvaliteten på lydopptaket ble testet. Dette for å forsikre meg om at transkriberingen skulle bli så god som mulig. Man kan også styrke validiteten med å stille seg kritisk til analyseprosessen (Thagaard, 2018). Jeg brukte god tid på analysen og fulgte trinnene i STK systematisk. Jeg har også vært kritisk til hvilke ord og uttrykk som er blitt brukt i formidlingen av resultat. Denne formidlingen er blitt gjort på en slik måte at den er lojal i forhold til deltakernes stemmer, deres ord og uttrykk.

3.5.3 Generaliserbarhet

Hvis resultatene i studien blir vurdert som både pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om de kan generaliseres til andre situasjoner, kontekster og personer (Kvale & Brinkmann, 2015). Innenfor det meste av samfunnsforskning er en eller annen form for generalisering et mål (Tjora, 2017). Likevel må man i kvalitativ forskning tenke på prinsippet om generalisering på en annen måte enn kvantitativ forskning, da det ikke blir benyttet noen form for statistikk (Tjora, 2017).

Tjora (2017) skisserer tre former for generalisering i kvalitativ forskning. *Naturalistisk generalisering* handler om at man redegjør godt nok for detaljene i studien, dette slik at leseren selv kan vurdere om funnene vil ha gyldig kunnskap for leserens egen forskning. *Moderat generalisering* er en form for generalisering som tenkes i mer strukturell forstand. Her er det opp til forskeren selv å beskrive i hvilke situasjoner de resultatene man har kommet

frem til vil kunne være gyldige. Ved *konseptuell generalisering* er det de utviklede konsepter, typologier eller teorier som vil ha en relevans for andre enn de som har blitt studert (Tjora, 2017). Denne studien peker mot formen naturalistisk generalisering, der jeg har redegjort for detaljene i studien på en slik måte at leseren selv kan vurdere om funnene vil ha betydning for sin egen forskning. Tjora (2017), skriver at monografibaserte tekster kan være en form for tekst som gjør det mulig for leseren selv å vurdere om analysen kan være gyldig for andre situasjoner. Det må være langt mer detaljert enn hva man finner i en vitenskapelig artikkel, noe som en monografibasert studie er.

Utvalget i en studie er sentralt i diskusjonen om generaliserbarhet (Thagaard, 2018). Utvalget i denne studien har noen begrensninger som er viktig at man tar i betraktning. For det første var utvalget ganske lite, noe det er to grunner til. For det første er fagmiljøet lite og det er få audiopedagoger som bruker videokommunikasjon i slik behandling. For det andre satte Covid-19 begrensninger på utvalget, som gjorde at utvalget ble mindre enn først antatt. I tillegg besto utvalget av kun kvinner, noe som kan ha påvirket resultatet. Likevel hadde deltakerne like yrker, med ulik arbeidserfaring.

3.6 Etiske betraktninger

Etiske problemstillinger preger hele forskningsprosessen, og man skal som forsker ta hensyn til mulige etiske utfordringer fra begynnelsen av prosjektet til den endelige rapporten (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette gjør at man som forsker må ha gjort seg kjent med de forskningsetiske retningslinjene som foreligger. De nasjonale forskningsetiske komiteene har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som er forpliktende for både individer og institusjoner (NESH, 2016). Punkter som særlig var relevante for denne studien var punktene 6, 7, 8 og 9.

Punkt 7 omhandler *ansvaret for å informere* og punkt 8 *samtykke og informasjonsplikt*. Kvalitative data innebærer menneskers erfaringer, tanker og synspunkter, noe som stiller strenge krav til informasjon og samtykke. Deltakerne må oppleve å bli ivaretatt og de må kjenne prosjektet godt nok for å vite om de vil delta i studien eller ikke (Malterud, 2017). Et informert samtykke betyr av forskeren har gitt informanten tilstrekkelig informasjon om hva det innebærer å delta i forskningsprosjektet (NESH, 2016). På forhånd sendte jeg informantene et informasjon- og samtykkeskjema (Vedlegg 2) som de måtte lese og skrive under på for å kunne delta. I starten av intervjuet gikk jeg også kort gjennom det som sto i

informasjonsskrivet. På slutten av intervjuet gikk jeg gjennom hvordan databehandlingen ville foregå og når opptakene ble slettet.

Punkt 6 omhandler *personvernet* og punkt 9 *konfidensialitet*. Forskningen skal skje i samsvar med hensyn til personvern (NESH, 2016). Noen sensitive opplysninger dukket opp under intervjuet, selv om jeg ikke skulle innhente slike opplysninger. Disse opplysningene ble fjernet med hensyn til deltakernes personvern. Innsamlet informasjon om deltakernes personlige forhold skal behandles konfidensielt (NESH, 2016). For å beskytte deltakernes privatliv benyttet jeg fiktive navn og endret personers kjennetegn i oppgaven, slik som stedsnavn eller hvor de jobbet. All informasjon som kunne identifisere deltakerne ble enten fjernet eller endret. I tillegg var det kun jeg som hadde tilgang til alt av råmateriale og disse blir slettet sammen med andre opplysninger når prosjektet avsluttes.

Forskningsprosjektet ble sendt til NSD og meldeskjemaet ble godkjent 20.01.2020 (Vedlegg 3). Siden fokusgruppeintervjuet måtte endres til å utføres over Skype, så jeg det hensiktsmessig å melde endring til NSD. Endringen av prosjektet ble godkjent 19.03.2020.

4. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil analyseresultatene bli presentert for å besvare oppgavens problemstilling: «Hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?». I analysens siste trinn ble kondensatene sammenfattet i form av fortolkende synteser, som vil bli presentert i dette kapitlet. Sammenfatningen er blitt formidlet på en måte som er lojal i forhold til deltakernes stemmer, derfor er mange av de direkte uttalelsene til deltakerne blitt brukt. Funnene baserer seg på fokusgruppeintervjuet med fire audiopedagoger:

- **Lene** jobber med nedsatt lydtoleranse og tinnitus med både voksne og barn/ungdom som privatpraktiserende/selvstendig næringsdrivende audiopedagog med Helfo avtale. Hun har i hovedsak brukt Skype, men gått over til Confrere i den siste tiden.
- **Beate** har jobbet mest med tinnitus og nedsatt lydtoleranse med voksne og ungdom som privatpraktiserende/selvstendig næringsdrivende audiopedagog med Helfo avtale. Hun har i hovedsak brukt Skype og noe telefon/facetime.
- **Ida** begynte å jobbe som audiopedagog i fjor med pasienter med nedsatt lydtoleranse og tinnitus som privatpraktiserende/selvstendig næringsdrivende audiopedagog med Helfo avtale. Hun har i hovedsak brukt Skype, men gått over til Confrere i den siste tiden.
- **Hilde** jobber med voksne pasienter med hyperakusis og/eller tinnitus, og jobber i offentlig sektor. Har kun brukt Skype for business.

Fra analysen kom jeg frem til kategorier som blir presentert som overskrifter nedenfor. Disse kategoriene er:

- 1) Videokommunikasjon er hensiktsmessig for pasientene av flere grunner
- 2) Utfordringer med teknologien og den direkte rådgivningen
- 3) Videokommunikasjon er praktisk, men krever mer av pasientene
- 4) Fysisk første møte er en avgjørende faktor
- 5) Diffuse retningslinjer og få takster skaper usikkerhet
- 6) Deltakerne ble tryggere med økt erfaring, og mener e-helse er en del av fremtiden

4.1 Videokommunikasjon er hensiktsmessig for pasientene av flere grunner

Alle deltakerne betraktet videokommunikasjon som et godt alternativ for de pasientene med lang reisevei. De forklarte at pasientene ofte kom utslitte til timen når de hadde reist langt, enten med egen bil eller med kollektiv transport. Beate nevnte spesielt at kollektiv transport var utfordrende for mange av pasientene, med mye folk og mange inntrykk. Resultatet av dette gjorde at pasientene ikke var like mottakelige for behandling da de kom til kontoret. To av deltakerne, Beate og Lene, fortalte at det viktigste er at pasientene får med seg hva som blir sagt i timen og vet hva de skal jobbe med videre. Med videokommunikasjon slipper pasientene å bruke all energien sin på å reise, noe alle deltakerne var enige i. I tillegg fortalte Lene at det å være i trafikken innebærer ofte at pasientene benytter seg av hørselsvern, noe som ville ha motsatt effekt. Hilde fortalte at hun selv ville valgt videokommunikasjon i en travel hverdag og lang reisevei. Hun forklarte at det å ta seg fri fra jobb, bruke en halv dag på å reise og i tillegg finne frem til behandlingsstedet tar mye energi.

«Men jeg tenker jo at, sånn som det ble nevnt dette med at flere av dem har lang reisevei, som gjør at mange av dem blir slitne innen de kommer til kontoret. Og da er jo videokonsultasjon en veldig grei ting, hvor de slipper å bruke all energien. [...] For jeg tenker at det viktigste er jo at de får med seg det som blir sagt i timen og hva de skal jobbe med videre. Enn at.. ja, at de kommer til timen og er helt utslitt og kanskje ikke får med seg så mye da» Beate

To av deltakerne, Lene og Ida, nevnte dette med trygghet bak skjermen som en fordel med videokommunikasjon. Deltakerne hadde begge erfart at flere av pasientene følte en slags trygghet bak skjermen i sine egne stuer enn på kontoret, og dette gjaldt særlig ungdommer. Det å få tilbudt den samme behandlingen hjemme i trygge lydmiljø mener Lene kan være et godt alternativ, spesielt for de som strever mest. Deltakeren har erfart at de pasientene som strever mest kan trigges lettere av lyder på kontoret, enn over skjerm. Denne distansen behandler og pasient får over skjerm kan gjøre at behandler ikke trigger dem, de blir altså mer mottakelige for behandlerens rådgivning. Deltakerne nevnte også at flere av pasientene med nedsatt lydtoleranse ofte har en form for angst problematikk, slik som sosial angst. Erfaringene med disse pasientene er at de kan føle seg vurdert, at de er redde for å bli dømt negativt på de oppgavene de gjennomfører. Lene følte at dette aspektet forsvant litt over videokommunikasjon, nettopp på grunn av distansen og at de er trygge i egne hjem. I tillegg nevnte også Lene og Ida at det er koselig å bli invitert hjem til dem. De får ofte hilse på

kjæledyr og se rommene deres, som gjør at behandler blir kjent med pasienten på en annen måte.

«Det å få tilbudt de akkurat det samme mens de får slappe av hjemme i trygge lydmiljø og begynne å utforske hvordan de kan tåle lyd bedre eller begynne å utfordre de tankene de har med lyd, mens de er trygge. Så jeg synes det kan være et veldig godt hjelpemiddel for de som strever mest. Vi ser også ungdommer som ikke liker så godt lyder, spesifikke lyder, de får en trygghet når de havner bak skjermen. [...] Så det merker jeg, at denne distansen vi får over skjerm kan faktisk gjøre at jeg ikke trigger de. [...] Sånn sett så har video vært et fint verktøy.

De blir altså mer mottakelige for min rådgivning. Så ja» Lene

Noe som dukket opp under hele intervjuet blant alle deltakerne var dette med kontinuitet. Alle betraktet videokommunikasjon som et svært nyttig verktøy i forhold til det med å holde kontinuiteten i behandlingen. Beate forklarte at en god del av pasientene de møter har stort behov for behandling, og da er det viktig med kontinuitet. Hvis det skjer noe uforutsett som gjør at pasienten ikke kan møte på kontoret, kan behandlingen likevel foregå over video. Lene trakk frem dagens situasjon med virusutbruddet i Norge som et eksempel på dette. Deltakeren forklarte at mange av pasientene har økt stressnivå i forbindelse med denne usikre tiden, i tillegg til de blir satt i karantene og får lite lydstimulering. Hvis behandlingen da ikke foregår over video, blir det som å gå fem skritt tilbake og må ta opp igjen der de slapp. Lene forklarte videre at situasjonen rundt viruset gjør henne mer presset til å ta behandlingen over video, og er overrasket over at det gikk så bra. Hun sa at når noen i fremtiden må avlyse på grunn av for eksempel sykdom, kommer hun til å være mye mer på å ta det over video. På den måten slipper pasienten å miste timen og de kan holde gangen i det, mente Hilde. Alle deltakerne betraktet dette som svært viktig.

«Ja, og jeg tenker jo vært fall da, at en del av dem vi møter har stort behov for det. Og jeg tenker slik som nå da, dette er jo en litt spesiell situasjon dette med disse tidene. Men altså, skal man da la være å ha time? Vi vet ikke hvor lenge dette varer, skal man da la vær å ha noe møte, noe samtale i det hele tatt? Jeg tenker at det er jo veldig viktig for dem også, å kunne få samtale med en audiopedagog og at det faktisk er litt kontinuitet i det» Beate

4.2 utfordringer med teknologien og den direkte rådgivningen

Alle deltakerne trakk frem noen tekniske utfordringer med videokommunikasjon, spesielt med godt voksne pasienter. Selve forbindelsen var et problem som gikk igjen, og flere av

deltakerne forklarte at de har måttet avslutte samtalen over video og gått over til telefon. Flere mener at telefon ikke er optimalt da de ikke ser pasienten, men forklarte at det er bedre enn ingenting. Lene forklarte at det ikke nødvendigvis er bare det tekniske pasientene sliter med, men for mange er det også vanskelig å vite hvilket utstyr man trenger. Noen av pasientene har deltakeren sendt ut på handletur for å kjøpe et videokamera med mikrofon. Hun fortalte også at enkelte pasienter sliter med det praktiske rundt det å ha en videokonsultasjon, slik som plassering. Flere pasienter kan sitte med ryggen til vinduet som gjør at det blir vanskelig å se ansiktsmimikken deres. Hun mener at dette kan løses med å bli tydeligere på hvilket utstyr man trenger for en videokonsultasjon, samt hvordan man skal plassere seg. Dette var flere av deltakerne enige i.

«Og det kjenner jeg at noen tror at jeg fikser alt. De kan også sitte med ryggen til vinduet, så jeg må liksom prøve å vise de rundt hvor de bør fordi jeg trenger å se ansiktsmimikken din. Jeg trenger å se hvor du er. Jeg trenger god lyd. Så det er jo noen jeg har sendt på handletur for å kjøpe seg bedre videokamera. Men der tenker jeg at jeg må bli tydeligere, før jeg tar de inn i timen. At hvis du behøver videokonsultasjon må videokamera foreligge, og helst en god linje. Sjekke ut forbindelsen» Lene

Den direkte rådgivningen var noe flere av deltakerne trakk frem som en utfordring med videokommunikasjon. Hva hørselssystemet er og hvordan det virker er viktig å gå gjennom i forhold til nedsatt lydtoleranse. Når man er på kontoret bruker deltakerne gjerne tavle eller ark der man kan gå gjennom pasientens audiogram, hvordan hørselssystemet fungerer og flere andre modeller. Deltakerne synes dette kan være utfordrende å gjøre når de sitter over skjerm, da de må holde opp arket og peke. De forklarer at det er enklere å sitte ovenfor hverandre på kontoret å jobbe med felles ark. Deltakerne synes det kan være utfordrende å forklare på denne måten. Ida fortalte at dette kunne løses med å dele skjerm, noe som kan gjøres på Skype. To av deltakerne, Lene og Ida, har begynt å bruke Confrere, men vet enda ikke hvordan dette løses i dette programmet. En annen utfordring med videokonsultasjon fortalte Ida, var spesielt med ungdommer som har misofoni og hyperakusis. Flere av disse pasientene kan gjerne henge seg opp i lydene dataen lager. Eksempler på lydene de kan slite med er viftelyder eller knitrelyder. Deltakeren forklarte at det er noe som gjør det vanskelig for pasientene å følge med.

«Jeg har opplevd i de siste dagene, spesielt med ungdom da. Da er det snakk om misofoni men det kan også være hyperakusis inn i bildet der. En utfordring med å sitte på data for eksempel er hvis dataen lager vifte lyder eller slike knitre lyder, så henger de seg opp i det, at de klarer ikke å følge med på det jeg sier. Du ser at de detter helt ut også sier de «unnskyld, jeg klarte ikke å følge med nå fordi jeg hører viftelyden fra dataen suse sånn at jeg klarer ikke å følge med». Så får de vondt i hodet av det, eller ja, you name it. Det er en erfaring» Ida

Selv om det å jobbe med felles ark kan være utfordrende over videokommunikasjon, kan man likevel løse problemene på andre måter, forklarer Lene. Deltakeren sender over bilder eller dokument de skal jobbe med sammen over epost i forkant av videokonsultasjonen. Hvis deltakeren tegner opp noen modeller samtidig som de har samtale, bruker hun å ta bilde av det og sende det enten på SMS eller på epost til pasienten. Ida forklarer at i den siste tiden har hun vært nødt til å tenke annerledes, da alt foregår over Skype. Hun løser det med å lage en PowerPoint-presentasjon med bilder og tekst og deler skjerm med pasienten. Denne skriver hun stikkord og tegner på underveis i samtalen. Hun mener dette er et godt virkemiddel for å slippe å vise fram ark foran kamera å sitte og peke. Det koster deltakeren mer i form av tid, men det er et godt alternativ. Lene mener også at det å ha behandling over videokommunikasjon krever mer tid. Hun forklarer at hvis behandlingen foregikk på kontoret er det lettere å gi pasienten en kopi av det de har jobbet med. Over video må deltakeren enten ta bilde eller skanne inn dokumentet, i tillegg til å skrive et kort referat og deretter sende det til dem. Hun sier likevel at det er løsbart og at det er bedre at det tar lengre tid, enn at behandlingen uteblir. Dette var alle deltakerne enige i.

«Der har jeg vært litt lur nå den siste tiden, for da har jeg pleid, slik som hun sa, å dele skjermen min, og så har jeg laget en PowerPoint-presentasjon. Så det jeg gjør da er at jeg har bildene inne på PowerPointen og har tekst på, slik at de også kan da bilde av det. For da kan jeg også tegne på PowerPointen, imens jeg deler skjermen slik at jeg kan gå frem og tilbake. Så de får egentlig en PowerPoint-presentasjon på sin skjerm da. Så slik har jeg løst det i alle fall. Så det er et godt virkemiddel for å slippe å vise det fram foran kamera og slikt da. Det krever litt det også, men det er et godt alternativ» Ida

4.3 Videokommunikasjon er praktisk, men krever mer av pasientene

Deltakerne diskuterte den praktiske delen av videokommunikasjon, og ble enige om at det var både fordeler og ulemper med dette. En erfaring Ida gjorde seg samme dag som intervjuet, var

med en pasient som skulle drive med lyd jakt. Deltakeren forklarte at det var fint at hun kunne fysisk være med pasienten samtidig som pasienten utførte denne oppgaven. Dette gjorde at Ida kunne veilede pasienten underveis, noe som fungerte veldig bra. En annen deltaker, Lene, forklarte at hun hadde en eldre dame for noen dager siden, som gikk smertefritt. Pasienten ble overrasket over hvor greit det gikk og var svært positiv for denne formen for behandling. Pasienten var glad for å slippe å betale bom og andre ting for å komme inn til kontoret.

Hilde mente at det er mange fordeler med at videokommunikasjon er praktisk, men også ulemper. De gangene hun mener det ikke fungerer så bra, er med travle voksne i 40-50 årene som har videokonsultasjon når de er på jobb, og gjør dette for å spare tid. Deltakeren mener dette er en ulempe, da hun ser at de ikke er like konsentrert som om de hadde kommet på kontoret. Beate mente også at dette var en ulempe, og hadde erfart dette flere ganger. Samtidig opplevde hun også ofte at pasientene ønsker kortere time ved videokonsultasjon enn på kontoret. Hun mener at terskelen for dette er lavere når man har videokonsultasjon enn når man faktisk møter opp på kontoret. Flere av deltakerne mente at noen pasienter kan «bruke» videokommunikasjon fordi det er praktisk og ikke nødvendigvis fordi de trenger det av andre årsaker. Selv om dette kan være tilfellet, mente Hilde at det faktisk kan være en forutsetning for at pasientene i det hele tatt ønsker behandlingen. Kanskje hadde pasientene ikke tatt imot behandlingen hvis personlig oppmøte hadde vært en forutsetning.

«De gangene som jeg kanskje tenker sånn at det ikke fungerer så bra, der er vel med veldig sånne travle godt voksne, sånn 40-50 årene som gjør det på jobb og de gjør det for å spare tid. Og da ser jeg også at, det var som Lene var inne på, at det kan være litt vanskelig med å få kontakt fordi jeg kan nesten se de tenker at de skal veldig raskt tilbake å fortsette på arbeidsoppgavene sine. Så det er klart, det kan jeg noen ganger oppleve at de gjerne vil ha videokonsultasjon fordi det er praktisk. Men ja, men på en måte så føler jeg kanskje at noen ganger at de klemmer det inn i en sånn hektisk hverdag da» Hilde

Alle deltakerne fortalte at det krever mer motivasjon av pasientene selv med behandling over videokommunikasjon. Lene mener at det krever en helt annen måte for å motivere dem over skjerm, sammenlignet med fysisk møte på kontoret. Hun erfarer at det er lett for pasientene å falle ut og at det blir vanskelig for henne å hente dem inn igjen, dette gjelder særlig ungdommer. Dette gjør at hennes frustrasjon kan bygge seg litt opp, selv om hun prøver å ikke vise det. Deltakeren forteller at det er lettere å ta i bruk virkemidler på kontoret når barn

og ungdom faller litt ut. Noen ganger har deltakeren kjøpt inn sjokolade og brus for å motivere dem, særlig hvis det er barn som skal begynne med eksponeringstrening. Over skjerm blir dette vanskelig. Beate forteller at hun bruker å være tydelig på dette i forkant, at det krever mer av pasienten selv hvis man skal ha videokonsultasjon. Dette var også Lene enig i. Hilde mente at dette gjaldt alle aldersgrupper, både barn, ungdom og voksne, men spesielt når det kom til barn og ungdom.

«Jeg må jo si at hvis man skal ta utfordringene med det, og spesielt kanskje med ungdom da, det er det at de må ha en veldig egendriv, de må ha en motivasjon mer når vi er på skjerm enn hvis vi er på selve kontoret. Jeg merker også at det er veldig lett for de å tune vekk, og da er det veldig vanskelig for meg å hente de inn igjen. Så det kjenner jeg. Og det er jeg tydelig på, i forhold til behandlingstilbud at jeg skal utføre det på Skype, men at det kommer til å kreve mere av pasientene selv, både om det er barn eller ungdom da, og voksne (..) Så ja, jeg vet ikke, men det er jo både fordeler og ulemper, og jeg mener mest fordeler men nettopp den motivasjonen må være sterkere over Skype» Lene

4.4 Fysisk første møte med pasienten er en avgjørende faktor

Ida og Lene hadde erfaringer med at det kunne ta lengre tid å opparbeide seg en god relasjon mellom behandler og pasient over video, sammenlignet med fysisk møte. Ida mente at dette gjaldt særlig de pasientene som kun har hatt behandling over video på grunn av mobilitetsvansker som hindret de i å komme på kontoret. Hun sa at det gikk fint, men utfordrende nettopp fordi det tok lengre tid å få den relasjonen. Lene mente at det tok lengre tid å etablere en god allianse fordi pasientene måtte venne seg til det å være på skjerm. Dette tok mye tid med enkelte pasienter, som kunne sette alliansen litt på prøve. Beate mente utfordringen lå i det å få pasientene til å henge med over skjerm. Dette mente deltakeren kunne gjøre at de mistet litt av samholdet, og satte alliansen litt på prøve.

«Min erfaring der er at, altså, det er et par stykker som jeg bare har hatt på Skype fordi de gjerne har mobilitetsvansker eller noe som hindrer de å komme på kontoret. Så jeg føler at det tar litt lengre tid å få den relasjonen mellom behandler og pasient enn hvis de hadde vært på kontoret. Det går fint, men det tar litt lengre tid. Det føler jeg i alle fall» Ida

Alle deltakerne mente at etablering av en god allianse er veldig viktig i forhold til resultatet av behandlingen. Ida forklarte at man er nødt til å ha en god relasjon og et tillitsforhold for at

pasientene skal kunne dele med deg. Deltakeren mente at man ikke kom så langt uten den alliansen, og var tydelig på at det var en grunnleggende del av behandlingen. Når det kom til den terapeutiske alliansen og videokommunikasjon var alle deltakerne enige om hva som var viktig. Noe alle deltakerne mente var avgjørende for alliansen var at det første møte med pasienten var fysisk på kontoret. Beate fortalte at det er lettere å fortsette å bygge alliansen over Skype hvis minst en time først hadde vært ansikt-til-ansikt med pasienten. Dette mente alle deltakerne gjaldt for både voksne og barn, men særlig for barn. Lene forklarte at hun var ganske streng på akkurat dette med barn, og at hun noen ganger ønsket å ha de to-tre første timene på kontoret før de gikk over til videokonsultasjon. Det første møte var også praktisk å ta på kontoret med tanke på den direkte rådgivningen. De fikk da gå gjennom modellene grundig sammen, uten å sitte og peke over skjerm. Når pasientene senere ble fulgt opp over video, ble det lettere å forklare siden de satt sammen den første gangen.

«Men igjen så er det jo den direkte rådgivningen, den er et absolutt et must å ta med på kontoret. Ja altså, du må ha alliansen der. Du må ha blitt kompis med dem, hvis ikke tror jeg ikke at jeg hadde fått det til. Det første møte må jeg ha på kontoret med barn, der vil jeg si at jeg er ganske streng. [...] Men når det kommer til barn, si at jeg skulle hatt et nytt barn som skulle begynt denne uken så hadde jeg nok sagt at vi utsetter timen. Ja, det kan til og med være de to-tre første timene, før jeg går over på Skype. Det tror jeg at jeg ville gjort» Lene

4.5 Diffuse retningslinjer og få takster bidrar til usikkerhet

Når det kommer til sikkerhet og personvern var deltakerne ganske splittet. Hilde var klar på hvilke retningslinjer hun gikk ut ifra, noe som var veilederen fra direktoratet for e-helse. Her forklarte hun at det står tydelig om både personvern, sikkerhet og lovverk knyttet til bruk av datamaskin og telefon. De andre deltakerne fulgte retningslinjene til Helfo, men deltakerne beskrev disse retningslinjene som svært diffuse og vanskelig å forholde seg til. Lene bruker en stasjonær datamaskin for bruk av videokonsultasjoner som er låst når den ikke er i bruk. Hun forklarer at hun har tenkt en del på sikkerhet i forhold til Skype, da navnene til pasientene er synlige. Lene har begynt å bruke mer Confrere, ett program hun sier at fastlegene bruker. Alle deltakerne mener at de har en vei å gå når det kommer til sikkerhet, men at det er vanskelig da de ikke har noen tydelige retningslinjer å forholde seg til.

«Dette har vært noe jeg har tenkt veldig mye på, og spesielt i forhold til Skype. For det ligger jo der, navnene. Men jeg har en egen stasjonær pc til bruk for tidligere Skype og nå Confrere.

Som kun blir brukt til det. Men det jeg ikke liker det er jo det at navnene står der (..) Men derfor har jeg lyst til å gå mer og mer over på Confrere. (..) jeg tenker at hvis fastleger kan bruke det, så kan jeg også. Så jeg tenker å gå mer og mer over på det (..) Men ja, jeg har sikkert en vei å gå der, med hvordan jeg kan jobbe med å opprettholde bedre sikkerhet.. Men det er derfor jeg har gått over til Confrere og jeg skal sette meg litt mer inn i den veilederen som Hilde snakket om. Dette har jeg ikke gjort godt nok, det skal jeg innrømme» Lene

Lene, Ida og Beate fulgte retningslinjene fra Helfo, men var tydelige på at disse retningslinjene var uklare og diffuse. Beate forklarte om en hendelse der hun hadde ringt inn til Helfo med et spørsmål og fikk svar på dette. Senere hadde en kollega av henne ringt inn med det samme spørsmålet og fått et helt annet svar. Hun sa at det ikke er en god følelse å vite at man kanskje gjør og har utført jobben sin på feil måte. Hun mente at dette var det mest utfordrende med Helfo, at man ikke vet om man gjør ting på riktig måte. De andre deltakerne var enige i dette, og Lene forklarte at det er vanskelig når det ikke er presist nok. Hun forklarte at man må tolke dette regelverket på sin egen måte, noe som gjør henne usikker på om hun gjør det riktig.

«For jeg tenker det at det er jo fint at det på en måte kommer opp på banen, fordi det jeg kanskje synes har vært ganske utfordrende når det gjelder Helfo er jo at.. Gjør jeg det riktig nå? Er dette riktig? [...] Av Helfo så får du et svar, så hører du med noen andre som har ringt om det samme, ja så har de fått et helt annet svar. Og det er jo ikke noe god følelse for oss som sitter her å vite at det jeg gjør nå er egentlig ikke riktig. Altså, er jeg egentlig innafor?»

Beate

Under intervjuet fikk alle medlemmer i NAF en mail angående videokonsultasjoner, noe Beate informerte oss om. Hun leste opp mailen, der denne mailen hovedsakelig handlet om at audiopedagoger ikke har lov til å ha videokonsultasjoner på bakgrunn av at det ikke finnes takster for det. Det ble mye diskusjon rundt dette mellom deltakerne, og mange fortalte at de ble både irriterte og fortvilte. Lene fortalte at hun hadde kommet godt i gang med videotjenesten Confrere, en tjeneste som fastleger bruker. Hun fortalte at hun spesielt ble irritert av dette, siden hun har tatt i bruk en tjeneste som er sikker. Beate forklarte at det må komme tydeligere retningslinjer for audiopedagoger, samt flere takster. Hun fortalte at de få takstene som er per i dag er enten eller takster, noe som gjør det vanskelig å gi behandling annet enn på kontor. Hun sa at audiopedagoger og NAF må utnytte denne situasjonen, og stå

på for at videokonsultasjoner blir en del av takstene. Alle deltakerne var enige i dette, og så viktigheten av det. Beate fortalte at hun håpet at både Helfo og Helsedirektoratet fikk øynene opp for behovet av flere takster.

«Og jeg tenker at det som må tydelig frem er jo at det må komme tydeligere retningslinjer for oss og at det bør være en egen takst for det, på samme måte som for eksempel øre-nese-hals leger har takster for alt. Så burde vi også få utvidet våre takster slik at det gjelder flere ting da, for eksempel da video. Men det er for dårlig!» Beate

4.6 Ble tryggere på videokonsultasjoner med økt erfaring, og mener e-helse er en del av fremtiden

Deltakerne forklarte at de var litt skeptiske til bruk av videokommunikasjon i begynnelsen. Da de så at flere i fagmiljøet tok i bruk videokommunikasjon, begynte også de å prøve det. Etterhvert så de mer og mer nytten av det, og ble positivt overrasket over hvordan det gikk. Lene forklarte at hun var spesielt skeptisk til hvordan relasjonen ville utvikle seg over video, og var redd for å ikke oppnå like god allianse som på kontoret. I tillegg forklarte hun at hun ikke er så god på teknologi, og var skeptisk til om hun mestret dette. Alle deltakerne var enige i at det ble bedre etterhvert som de fikk mer erfaring med det.

«Jeg vil også si at.. jeg må jo si at i begynnelsen da jeg begynte så var jeg jo enormt skeptisk til Skype. Jeg tenkte jo.. jeg var egentlig ganske negativ. Spesielt i og med at jeg fikk så lite henvisninger fra (sted) i begynnelsen. Så jeg tenkte at jeg måtte bare prøve. Jeg visste at andre gjorde det, så jeg tenkte jo at det måtte jo gå greit. Det var positivt overraskende altså. Jeg tenker det er nyttig» Lene

Alle deltakerne var enige om at e-helse er veldig viktig. Hilde fortalte at hun opplever at flere yrkesgrupper tar det i bruk og at flere pasienter spør etter det. Det er viktig å henge med når det kommer til teknologien. Beate fortalte at audiopedagoger burde tilby videokonsultasjoner i større grad enn det som hadde blitt gjort til nå. Lene fortalte om fordelene med e-helse, som var miljøaspektet og kostnadsmessig. Hun tenker at dette er veien å gå, men at man ikke må glemme de pasientene som kun foretrekker kontor. Hilde var enig i dette, og sa at det er ikke enten eller, men både og. Noen ganger oppmøte og noen ganger kontor. Hun fortalte at man må tilpasse situasjonen og den enkelte pasient, og her kommer e-helse inn som en viktig del.

Lene var tydelig på det at e-helse og videokonsultasjon er en reel, god måte å hjelpe de pasientene som strever med nedsatt lydtoleranse. Dette var alle deltakerne enige i.

«[...] jeg tenker at det er mange som strever med dette her! Det er overraskende. Altså, det hadde jeg ikke forestilt meg. Og jeg tenker at hvis vi skal kunne hjelpe disse menneskene som strever, så må kanskje e-helse komme mer i bildet [...] Så jeg tenker at dette her, det er veien å gå. Jeg sier ikke at absolutt alt skal gå over til slik, vi må jo tenke at noen foretrekker jo bare kontor. Men at det er en reell, god måte å hjelpe disse som strever med nedsatt lydtoleranse på, det tror jeg absolutt» Lene

5. Drøfting

I dette kapittelet blir oppgavens funn diskutert opp mot det teoretiske grunnlaget. I sammenheng med studiens problemstilling vil dette kapittelet beskrive og synliggjøre audiopedagogers erfaringer med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. Dette blir drøftet i tre underkapitler, som også er forskningsspørsmålene i studien:

- Hvilke erfaringer har audiopedagoger med videokonsultasjoner i behandling?
- På hvilken måte beskrives den terapeutiske alliansen under videokonsultasjoner?
- Hvordan forholder audiopedagoger seg til retningslinjer for bruk av videokonsultasjoner?

5.2 Hvilke erfaringer har audiopedagoger med videokonsultasjoner i behandling?

5.2.1 Lang reisevei

Solem og Ulleberg (2017) oppfordrer i sin artikkel til å ta i bruk teknologiske løsninger for mer effektiv behandling. Her tas det også opp noen fordeler ved e-terapeutiske løsninger, slik som at det er verdifullt for pasienter med lang reisevei. Alle deltakerne hadde erfaring med at videokommunikasjon var et godt alternativ for de pasientene med lang reisevei. De forklarte at pasientene ofte kom utslitte til timen når de hadde reist langt, enten med egen bil eller med kollektiv transport. Beate forklarte at resultatet av dette gjorde at pasientene ikke var like mottakelige for behandling da de kom til kontoret. Kocsis og Yellowlees (2018) skriver at det å reise for å møte en terapeut på kontoret kan være stressende og angstfremkallende, noe som kan føre til dårlig behandling og resultater. Med videokonsultasjoner har pasienten mulighet til å få behandling i sine egne hjem og i kjente omgivelser (Kocsis & Yellowlees, 2018). At pasientene ikke blir like mottakelige for behandling, kan da muligens føre til dårligere behandling og resultat. To av deltakerne, Beate og Lene, fortalte at det viktigste er at pasientene får med seg hva som blir sagt i timen og vet hva de skal jobbe med videre. Det ble sagt at med videokommunikasjon slipper pasientene å bruke all energien sin på å reise.

Hos pasienter med hyperakusis er det ofte elektriske lyder, slik som vaskemaskin eller støvsuger, i tillegg til trafikkstøy som skaper ubehag. Det kan også være svake lyder som skaper ubehag, slik som et lommetørkle som bli tatt ut av en boks, avis som blir brettet eller en hund som bjeffer på lang avstand (Khalifa et al., 2002). En person med misofoni vil kunne

oppleve sinne, ubehag eller angst for ulike typer triggerlyder. Typiske triggerlyder er lyder som tygging, smatting eller plystring (Fagelson & Baguley, 2018). Beate nevnte spesielt at kollektiv transport var utfordrende for flere av pasientene, med mye folk og mange inntrykk. Hvis vi ser på hvilke lyder som skaper ubehag hos pasienter med nedsatt lydtoleranse, slik som Khalfa et al., (2002) beskriver for hyperakusis og Fagelson og Baguley (2018) for misofoni, vil en tur med kollektiv transport være utfordrende for mange pasienter med nedsatt lydtoleranse. På kollektiv transport finnes det et hav av ulike lyder. Støy fra trafikken, lyden av trikken eller t-banen som kjører eller bare mennesker som enten leser avisen sin, spiser lunsjen sin eller tygger tyggegummi. Lene fortalte at det å være i trafikken ofte innebærer at pasientene benytter seg av hørselsvern, noe som hun forklarte ville ha motsatt effekt. I studie gjort av Jüris et al., (2013) fant de ut at hørselsvern ble brukt av 82% av deltakerne i situasjoner der folk flest ikke bruker hørselsvern, og at i slike tilfeller vil hørselsvern ha motsatt effekt og kan medføre at man blir enda mer følsom for lyd.

Det blir skrevet at i møte med demografiske utfordringer og økt etterspørsel må vi utvikle nye måter å utøve helsehjelp på. Ny teknologi og digitalisering spiller en nøkkelrolle i dette (Direktoratet for e-helse, 2019). Direktoratet for e-helse skriver altså at ny teknologi og digitalisering kan redusere disse demografiske utfordringene. Når det kommer til behandlingstilbudet av nedsatt lydtoleranse i Norge er det store forskjeller i de forskjellige landsdelene. Det ble funnet ti behandlingssteder i Norge som tilbyr behandling for pasienter med nedsatt lydtoleranse. I tillegg er det kun fire steder som oppgir at de har audiopedagoger med kognitiv terapi som videreutdanning. Jüris et al., (2013) fant i sin studie at personer med nedsatt lydtoleranse hadde minimum en psykisk lidelse. Casestudier og noen begrensede randomiserte kontrollstudier (RCT) antyder at KAT kan være effektive for å lindre konsekvensene forårsaket av hyperakusis og misofoni. Det er behov for ytterligere forskning med aktive kontrollgrupper for å finne effekten av KAT for hyperakusis og misofoni (Aazh, Landgrebe, Danesh & Moore, 2019). Likevel er, slik som Berge og Repål (2015) skriver, kognitiv atferdsterapi effektiv mot depresjon, alle former for angstproblem og alvorlige psykiske tilstander. Det er derfor en utfordring at det er så få behandlingssteder som oppgir at de har audiopedagoger med kognitiv terapi som videreutdanning. Det er heller ikke så rart at flere av pasientene har lang reisevei med tanke på behandlingstilbudet i Norge i dag.

Direktoratet for e-helse (2019) skriver at teknologi og digitalisering spiller en nøkkelrolle når det kommer til økt etterspørsel. Slik som Lene sa, er det mange som strever med nedsatt

lydtoleranse. Det er få studier som har undersøkt prevalens, og funnene i studier som undersøker dette varierer. Hos voksne rapporteres det estimerer fra 8,6% i en svensk studie (Andersson, Lindvall, Hursti, Carlbring & Andersson, 2002), til 15,2% i en polsk studie (Fabijanska, Rogowski, Bartnik & Skarzynski, 1999). Hos barn rapporteres det et estimat på 14,6% (Rosing, Schmidt, Wedderkopp & Baguley, 2016), noe som er innenfor tidligere estimat der Widen og Erlandsson (2004) rapporterte 17,1% og Coelho, Sanchez og Tyler (2007) som rapporterte 3,2%. Slik som Lene sa; hvis man skal kunne tilby behandling for disse pasientene som strever så må kanskje e-helse komme mer inn i bildet.

«[...] jeg tenker at det er mange som strever med dette her! Det er overraskende. Altså, det hadde jeg ikke forestilt meg. Og jeg tenker at hvis vi skal kunne hjelpe disse menneskene som strever, så må kanskje e-helse komme mer i bildet [...]» Lene

5.2.2 Trygghet

Flere studier har funnet sammenhenger mellom psykiske lidelser og nedsatt lydtoleranse (Fagelson & Baguley, 2018). Jüris et al., (2013) fant i sin studie at 56% av personene med nedsatt lydtoleranse hadde minimum en psykisk lidelse. Mer spesifikt oppfylte 47% kriteriene for angstlidelse, 8% for alvorlig depresjon og 3% for posttraumatisk stresslidelse (Jüris et al., 2013). Deltakerne nevnte at flere av pasientene med nedsatt lydtoleranse ofte har en form for angstproblematikk, slik som sosial angst. Erfaringene med disse pasientene er at de kan føle seg vurdert, at de er redde for å bli dømt negativt på de oppgavene de gjennomfører. Lene følte at dette aspektet forsvant litt over videokommunikasjon, nettopp på grunn av distansen og at de er trygge i egne hjem. Dette var også noe pasientene i prosjektet MasterMind gav tilbakemeldinger på. De gav tilbakemeldinger på at det var tryggere å være hjemme og at det var lettere å ta opp vanskelige tema i trygge omgivelser (Kjøterøe et al., 2017).

To av deltakerne, Lene og Ida, nevnte dette med trygghet bak skjermen som en fordel med videokommunikasjon. Deltakerne hadde begge erfart at flere av pasientene følte en slags trygghet bak skjermen i sine egne stuer enn på kontoret, og dette gjaldt særlig ungdommer. Det å få tilbudt den samme behandlingen hjemme i trygge lydmiljø mener Lene kan være et godt alternativ, spesielt for de som strever mest. Kocsis og Yellowlees (2018) skriver også at noen pasienter rapporterte at de følte seg mer komfortable og var i stand til å være mer åpne og ærlige, dette på grunn av avstanden mellom pasient og behandler en videokonsultasjon gir.

Denne avstanden en videokonsultasjon gir kan skape en type psykologisk avstand, noe som kan gi pasienten en slags «beskyttelse» (Kocsis & Yellowlees, 2018)

Lene har erfart at de pasientene som strever mest kan trigges lettere av lyder på kontoret, enn over skjerm. Denne distansen behandler og pasient får over skjerm kan gjøre at behandler ikke trigger dem, de blir altså mer mottakelige for behandlerens rådgivning, forklarte hun. Likevel nevnte Ida at hun hadde erfaring med at flere av pasientene, særlig med misofoni, gjerne henger seg opp i lydene dataen lager. Eksempler på lydene de kan slite med er viftelyder eller knitrelyder. Deltakeren forklarte at det er noe som gjør det vanskelig for pasientene å følge med. Det er usikkert om Lene her snakket om pasienter med hyperakusis, misofoni/fonofobi eller generelt nedsatt lydtoleranse, men refererte til pasientene som strevde mest.

5.2.3 Kontinuitet

Noe som dukket opp under hele intervjuet blant alle deltakerne var kontinuitet. Alle betraktet og hadde erfaring med at videokommunikasjon er et svært nyttig verktøy i forhold til å holde kontinuiteten i behandlingen. Fagelson og Baguley (2018) skriver at behandling i KAT er kontinuerlig øving og repetisjon viktig for at behandlingen skal få god suksess. Beate forklarte at en god del av pasientene de møter har stort behov for behandling, og da er det viktig med kontinuitet. Hvis det skjer noe uforutsett som gjør at pasienten ikke kan møte på kontoret, kan behandlingen likevel foregå over video. Lene trakk frem dagens situasjon med Covid-19 som et eksempel på dette. Deltakeren forklarte at mange av pasientene har økt stressnivå i forbindelse med denne usikre tiden, i tillegg til at de blir satt i karantene og får lite lydstimulering. Hvis behandlingen da ikke foregår over video, blir det som å gå fem skritt tilbake og må ta opp igjen der de slapp. Hilde mente at ved å ta behandlingen over videokonsultasjon, slipper pasienten å miste timen og de kan holde gangen i det. Dette var en av de største fordelene deltakerne hadde erfaring med ved behandling over videokonsultasjon.

5.2.4 utfordringer med teknologien og den direkte rådgivningen

Alle deltakerne trakk frem noen tekniske utfordringer med videokommunikasjon, spesielt med godt voksne pasienter. Gode, fungerende videoløsninger er avgjørende for å lykkes (Cowan et al., 2019). Flere studier har vist eksempler på tekniske vanskeligheter, slik som at videokonsultasjonen ikke vil starte, spontane frakoplinger eller dårlig lyd/visuell kvalitet (Cowan et al., 2019). Selve forbindelsen var et problem som gikk igjen hos deltakerne, og flere forklarte at de har måttet avslutte samtalen over video og gått over til telefon.

Tilstrekkelig overføringshastighet er nødvendig for en god gjennomføring av

videokonsultasjon (Cowan et al., 2019). Flere mener at telefon ikke er optimalt da de ikke ser pasienten, men forklarte at det er bedre enn ingenting.

Lene hadde også erfaring med at enkelte pasienter sliter med det praktiske rundt det å ha en videokonsultasjon, slik som plassering. Flere pasienter kan sitte med ryggen til vinduet som gjør at det blir vanskelig å se ansiktsmimikken deres. Rom med minimale forstyrrelser, gode lysforhold og tilstrekkelig forbindelse for video- og lydoverføring er noen vurderinger som er viktig å ta hensyn til i forbindelse med en videokonsultasjon (Katz, et. al 2015). Lene mener likevel at dette kan løses med å bli tydeligere på hvilket utstyr man trenger for en videokonsultasjon, samt hvordan man skal plassere seg. Dette var flere av deltakerne enige i.

I TRT er rådgivning en viktig del av behandlingen, sammen med lydterapi. TRT rådgivning eller direkte rådgivning som det også kalles, innebærer forklaring av hvordan hørselssystemet fungerer, hvordan hjernen vår fungerer og forklaring av den nevrofysiologiske modellen. Ved nedsatt lydtoleranse skal man også ved TRT rådgivning forklare hvilke mekanismer som ligger til grunn (Jastreboff & Hazell, 2004). Den direkte rådgivningen var noe flere av deltakerne trakk frem som en utfordring med videokommunikasjon. Deltakerne forklarte at de på kontoret gjerne brukte tavle eller ark der man kan gå gjennom pasientens audiogram, hvordan hørselssystemet fungerer og flere andre modeller. Deltakerne mente dette kunne være utfordrende å gjøre når de sitter over skjerm, da de må holde opp arket og peke. De forklarer at det er enklere å sitte ovenfor hverandre på kontoret å jobbe med felles ark. Deltakerne synes det kan være utfordrende å forklare på denne måten. Likevel fortalte Ida at dette kunne løses med å dele skjerm, noe som kan gjøres på Skype. To av deltakerne, Lene og Ida, har begynt å bruke Confrere, men vet enda ikke hvordan dette løses i dette programmet.

Selv om det å jobbe med felles ark kan være utfordrende over videokommunikasjon, kan man likevel løse problemene på andre måter, forklarer Lene. Deltakeren sender over bilder eller dokument de skal jobbe med sammen over epost i forkant av videokonsultasjonen. Hvis deltakeren tegner opp noen modeller samtidig som de har samtale, bruker hun å ta bilde av det og sende det enten på SMS eller på epost til pasienten. Ida forklarer at i den siste tiden har hun vært nødt til å tenke annerledes, da alt foregår over Skype. Hun løser det med å lage en PowerPoint-presentasjon med bilder og tekst og deler skjerm med pasienten. Denne skriver hun stikkord og tegner på underveis i samtalen. Hun mener dette er et godt virkemiddel for å slippe å vise fram ark foran kamera å sitte og peke. Likevel er det noen problemstillinger

knyttet til bruken av videokonsultasjon i behandling, blant annet at bruken øker arbeidsmengden for klinikerne (Tuerk, Keller & Acierno, 2018). Selv om det er et godt virkemiddel, mente likevel Ida at det kostet henne mer i form av tid. Lene mente også at det å ha behandling over videokommunikasjon krever mer tid. Hun forklarer at hvis behandlingen foregikk på kontoret er det lettere å gi pasienten en kopi av det de har jobbet med. Over video må deltakeren enten ta bilde eller skanne inn dokumentet, i tillegg til å skrive et kort referat og deretter sende det til dem. Hun sier likevel at det er løsbart og at det er bedre at det tar lengre tid, enn at behandlingen uteblir. Dette var alle deltakerne enige i.

5.2.5 Praktisk, men krever mer av pasientene selv

Hilde mente at det er mange fordeler med at videokommunikasjon er praktisk, men også ulemper. De gangene hun mener det ikke fungerer så bra, er med travle voksne i 40-50 årene som har videokonsultasjon når de er på jobb, og gjør dette for å spare tid. Deltakeren mener dette er en ulempe, da hun ser at de ikke er like konsentrert som om de hadde kommet på kontoret. Beate mente også at dette var en ulempe, og hadde erfart dette flere ganger. Samtidig opplevde hun også ofte at pasientene ønsker kortere time ved videokonsultasjon enn på kontoret. Hun mener at terskelen for dette er lavere når man har videokonsultasjon enn når man faktisk møter opp på kontoret. Dette henger sammen med det Kocsis og Yellowlees (2018) skriver, der behandling via videokonsultasjon kan gi pasienten en større følelse av fysisk og psykologisk kontroll av økten. Denne kontrollen kan være positiv, men likevel være negativ, da det er lettere for pasienten å gå ut av videosamtalen. Videre blir det skrevet at dette er lettere å gjøre enn det ville vært hvis samtalen hadde foregått fysisk (Kocsis & Yellowlees, 2018). Flere av deltakerne mente at noen pasienter kan «bruke» videokommunikasjon fordi det er praktisk og ikke nødvendigvis fordi de trenger det av andre årsaker. Selv om dette kan være tilfellet, mente Hilde at det faktisk kan være en forutsetning for at pasientene i det hele tatt ønsker behandlingen. Kanskje hadde pasientene ikke tatt imot behandlingen hvis personlig oppmøte hadde vært en forutsetning.

Alle deltakerne fortalte at det krever mer motivasjon av pasientene selv med behandling over videokommunikasjon. Lene mener at det krever en helt annen måte for å motivere dem over skjerm, sammenlignet med fysisk møte på kontoret. Hun erfarer at det er lett for pasientene å falle ut og at det blir vanskelig for henne å hente dem inn igjen, dette gjelder særlig ungdommer. Deltakeren forteller at det er lettere å ta i bruk virkemidler på kontoret når barn og ungdom faller litt ut. Noen ganger har deltakeren kjøpt inn sjokolade og brus for å

motivere dem, særlig hvis det er barn som skal begynne med eksponeringstrening. Over skjerm blir dette vanskelig. Beate forteller at hun bruker å være tydelig på dette i forkant, at det krever mer av pasienten selv hvis man skal ha videokonsultasjon. Dette var også Lene enig i. Hilde mente at dette gjaldt alle aldersgrupper, både barn, ungdom og voksne, men spesielt når det kom til barn og ungdom.

5.2.6 Ble tryggere på videokonsultasjoner med økt erfaring

Selv om tele medisinsk behandling har økt det siste tiåret, har utvidelsen blitt hindret av flere barrierer (Cowan et al., 2019). Lene forklarte at hun var spesielt skeptisk til hvordan relasjonen ville utvikle seg over video, og var redd for å ikke oppnå like god allianse som på kontoret. Kvaliteten på det terapeutiske forholdet og evnen til å etablere god allianse var også en av bekymringene hos klinikerne i studien gjort av Cowan et al., (2019). I tillegg til bekymringer knyttet til den terapeutiske alliansen, ytes det spesiell bekymring rundt nettverksikkerhet, kryptering og utstyr. Det presiseres at personer som jobber med behandling gjennom videokonsultasjoner trenger opplæring i bruk av godkjente teknologier, personvernkrav og potensielle spørsmål knyttet til bruk av teknologi (Cowan et al., 2019). Lene forklarte at hun ikke er så god på teknologi, og at dette gjorde at hun var skeptisk i starten om hun mestret dette. Begge disse bekymringene henger altså sammen med bekymringene til klinikerne i studien gjort av Cowan et al., (2019), noe som kan tyde på at disse kan være barrierer som kan hindre utvidelsen av videokonsultasjoner i behandling.

Deltakerne forklarte at de var litt skeptiske til bruk av videokommunikasjon i begynnelsen. Da de så at flere i fagmiljøet tok i bruk videokommunikasjon, begynte også de å prøve det. Etterhvert så de mer og mer nytten av det, og ble positivt overrasket over hvordan det gikk. Dette var også tilfellet i studien gjort av Cowan et al., (2019), der klinikerne eller behandlerne rapporterte bedre holdninger til videokonsultasjon etter å ha prøvd det, noe som i følge Cowan et al., (2019) tyder på at økt eksponering for behandlerne kan være viktig for å lindre bekymringene. Dette så også ut til å være tilfellet hos deltakerne i denne studien.

«Jeg vil også si at.. jeg må jo si at i begynnelsen da jeg begynte så var jeg jo enormt skeptisk til Skype. Jeg tenkte jo.. jeg var egentlig ganske negativ. Spesielt i og med at jeg fikk så lite henvisninger fra (sted) i begynnelsen. Så jeg tenkte at jeg måtte bare prøve. Jeg visste at andre gjorde det, så jeg tenkte jo at det måtte jo gå greit. Det var positivt overraskende altså.

Jeg tenker det er nyttig» Lene

5.3 På hvilken måte beskrives den terapeutiske alliansen under videokonsultasjoner?

5.3.1 Lengre tid å etablere en god allianse

Den terapeutiske alliansen anses som en viktig faktor i psykoterapi, slik som i kognitiv atferdsterapi (Wampold, 2015). Horvath, Del Re, Flückiger og Symonds (2011) undersøkte forholdet mellom den terapeutiske alliansen og individuell psykoterapi. De fant en positiv sammenheng mellom kvaliteten på den terapeutiske alliansen og utfall for flere forskjellige typer psykologiske terapier. I en annen studie ble det gitt sterk støtte til sammenhengen mellom allianse og resultater i individuell terapi (Flückiger, Del Re, Wampold og Horvath, 2018). Alle deltakerne mente at etablering av en god allianse er veldig viktig i forhold til resultatet av behandlingen. Ida forklarte at man er nødt til å ha en god relasjon og et tillitsforhold for at pasientene skal kunne dele med deg. Deltakeren mente at man ikke kom så langt uten den alliansen, og var tydelig på at det var en grunnleggende del av behandlingen.

Bruk av videokonferanse i behandling er en nyskapende måte å levere behandling på, som har potensial til å overvinne mange av de siterte hindringene for tilgang til behandling. Det eksisterer imidlertid en debatt om hvorvidt en terapeutisk allianse kan dannes mellom terapeut og klient, når behandling blir gitt gjennom en slik løsning (Norwood, Moghaddam, Malins & Farrell, 2018). Flere studier har undersøkt hvorvidt den terapeutiske alliansen er tilstede og virkningen av den når behandling blir gitt via videokommunikasjon. Germain et al., (2010) viste i sin studie at bruk av videokonferanse i behandling av posttraumatisk stresslidelse ikke påvirket utviklingen av en terapeutisk allianse. Den terapeutiske alliansen utviklet seg på samme måte både i ansikt-til-ansikt behandlinger og i videokonferanse. En nyere studie undersøkte terapeutisk allianse i blandet kognitiv atferdsterapi for pasienter med depresjon, sammenlignet med behandling ansikt-til-ansikt. De fant ingen forskjeller mellom behandlingsgruppene i måten pasienter og terapeuter evaluerte arbeidsalliansen (Kooistra et al., 2020). Imidlertid ble det i studien gjort av Norwood, Moghaddam, Malins og Farrell (2018) konkludert med at den terapeutiske alliansen ble sett på som lavere når behandling ble gitt gjennom videokonferanse.

Ida og Lene hadde erfaringer med at det kunne ta lengre tid å opparbeide seg en god relasjon mellom behandler og pasient over video, sammenlignet med fysisk møte. Ida mente at dette gjaldt særlig de pasientene som kun har hatt behandling over video på grunn av

mobilitetsvansker som hindret de i å komme på kontoret. Hun sa at det gikk fint, men utfordrende nettopp fordi det tok lengre tid å få den relasjonen. Lene mente at det tok lengre tid å etablere en god allianse fordi pasientene måtte venne seg til det å være på skjerm. Dette tok mye tid med enkelte pasienter, som kunne sette alliansen på prøve. Beate mente utfordringen lå i det å få pasientene til å henge med over skjerm. Dette mente deltakeren kunne gjøre at de mistet litt av samholdet, og satte alliansen på prøve. Det som kan være usikkert her, er om deltakerne snakker generelt om videokonsultasjoner med alle pasienter eller knyttet til nedsatt lydtoleranse. Likevel er det særlig pasienter med mobilitetsvansker og pasienter som må venne seg til det å være på skjerm Ida og Lene snakker om. Dette kan like gjerne være pasienter med nedsatt lydtoleranse som andre pasienter. Så selv om det er usikkert om de her snakker om pasienter som har nedsatt lydtoleranse eller generelt videokonsultasjoner med alle pasienter, kan man knytte problemstillingen til pasientgruppen.

Studier har imidlertid antydnet at behandlere vurderer alliansen lavere når behandling leveres gjennom andre medier enn ansikt-til-ansikt (Rees & Stone, 2005), mens pasientenes vurderinger ikke ser ut til å endre seg (Ruwaard et al., 2009). I denne studien får vi kun høre om behandlernes erfaringer, ikke pasientenes. Om pasientene har samme oppfatning som behandlerne har, er uvisst. Det er likevel studier som har undersøkt dette, der det er en sammenheng med behandlernes vurderinger og lavere allianse.

5.3.2 Fysisk første møte er en avgjørende faktor

Når det kom til den terapeutiske alliansen og videokommunikasjon var alle deltakerne enige om hva som var viktig. Noe alle deltakerne mente var avgjørende for alliansen var at det første møte med pasienten var fysisk på kontoret. Beate fortalte at det er lettere å fortsette å bygge alliansen over Skype hvis minst en time først hadde vært ansikt-til-ansikt med pasienten. Dette mente alle deltakerne gjaldt for både voksne og barn, men særlig for barn. Lene forklarte at hun var ganske streng på akkurat dette med barn, og at hun noen ganger ønsket å ha de to-tre første timene på kontoret før de gikk over til videokonsultasjon. Det første møte var også praktisk å ta på kontoret med tanke på den direkte rådgivningen. De fikk da gå gjennom modellene grundig sammen, uten å sitte og peke over skjerm. Når pasientene senere ble fulgt opp over video, ble det lettere å forklare siden de satt sammen den første gangen.

Vaart et al., (2014) skriver om blandet kognitiv atferdsterapi, som er en kombinasjon av terapi online og ansikt-til-ansikt, der pasientene mottar både ansikt-til-ansikt økter med behandler og moduler i et online program. Selv om det i denne studien er snakk om videokommunikasjon, vil faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen være sammenlignbar for nettbasert terapi som for videokommunikasjon. Videokommunikasjon og nettbasert terapi har begge til felles at behandlingen ikke foregår ansikt-til-ansikt, men blir levert gjennom ulike media. Deltakerne mente at første møte med pasienten fysisk på kontoret var avgjørende for alliansen, og at det var lettere å fortsette å bygge alliansen hvis behandler og pasient hadde møttes fysisk først. En kombinasjon av behandling via videokonsultasjoner og ansikt-til-ansikt kan derfor være å foretrekke.

Vi har tidligere sett fordeler med videokonsultasjoner for pasientgruppen. Blant annet at videokonsultasjoner gjør behandlingen tilgjengelig i pasientens hjem, behandling gjennom video kan gi pasientene en trygghet og i tillegg er svært nyttig for å sikre kontinuitet i behandlingen. Det kan likevel være behov for å møtes ansikt-til-ansikt, noe en kombinasjon av videokonsultasjon og ansikt-til-ansikt legger til rette for. Hvor mange økter man har ansikt-til-ansikt avhenger blant annet av hvor mye veiledning og støtte pasienten trenger. Noen trenger mer ansikt-til-ansikt, mens andre trenger mindre. Å blande online moduler og ansikt-til-ansikt terapi tilbyr perspektiver for å forbedre pasientens egenstyring og for å øke effektiviteten av terapi, samtidig som den gir den støtten pasienten trenger (Vaart et al., 2014).

5.4 Hvordan forholder audiopedagoger seg til retningslinjer for bruk av videokonsultasjoner?

5.4.1 Takster

Under intervjuet fikk alle medlemmer i NAF en epost angående videokonsultasjoner, noe Beate informerte oss om. Hun leste opp mailen, der denne mailen hovedsakelig handlet om at audiopedagoger ikke har lov til å ha videokonsultasjoner på bakgrunn av at det ikke finnes takster for det. Fra 1. juli 2019 ble det fastsatt nye veiledende honorartakster av Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder undersøkelse/behandling hos audiopedagog. Ingen av disse takstene innebar videokonsultasjoner (Helsedirektoratet, 2018). Da fokusgruppeintervjuet ble gjennomført, fantes det ingen takster for videokonsultasjon i behandling. Dette var i tillegg starten av virusutbruddet, og alle audiopedagogene måtte dermed benytte seg av videokonsultasjon i behandling med pasientene. Da det kom en epost fra NAF om at audiopedagoger ikke fikk lov til å benytte seg av videokonsultasjoner i

behandling, skapte dette en diskusjon mellom deltakerne. Mange fortalte at de ble både irriterte og fortvilte.

Beate forklarte at det må komme tydeligere retningslinjer for audiopedagoger, samt flere takster. Hun fortalte at de få takstene som er per i dag er enten eller takster, noe som gjør det vanskelig å gi behandling annet enn på kontor. Hun sa at audiopedagoger og NAF må utnytte denne situasjonen, og stå på for at videokonsultasjoner blir en del av takstene. Alle deltakerne var enige i dette, og så viktigheten av det. Beate fortalte at hun håpet at både Helfo og Helsedirektoratet fikk øynene opp for behovet av flere takster. Dette ble tilfellet, og i forbindelse med virusutbruddet ble det 23.mars innført tre nye takster for audiopedagoger (Helsedirektoratet, 2018). Disse takstene skal ifølge direktoratet for e-helse (2020) legge til rette for at flere kan bruke videokonsultasjon under virusutbruddet. Dette kan bidra til å sikre at pasienter kan få oppfølging og veiledning for de som har behov for det (Helsedirektoratet, 2018). De tre nye takstene er videokonsultasjon 45 min, videokonsultasjon 60 min og veiledning via telefon eller video av pårørende eller personell som følger opp pasient 15 min (Helsedirektoratet, 2018).

De nye takstene gjelder som sagt i forbindelse med virusutbruddet, og gjelder fra 23.mars 2020 til 01.09.2020 (Helsedirektoratet, 2018). Takstene er dermed ikke endelige, men midlertidige. Vi har sett at bruken av videokonsultasjoner i behandling kan ha flere fordeler, både generelt og for pasientene med nedsatt lydtoleranse. Hvis det ikke finnes takster for videokonsultasjoner, blir det vanskelig å gjennomføre behandling på en slik måte. Som deltakerne fortalte tidligere i studien, noen av pasientene har faktisk behov for videokonsultasjoner, enten fordi de har lang reisevei eller fordi de av mobilitetsgrunner ikke kan komme seg til kontoret. Beate fortalte at hun håpet at både Helfo og Helsedirektoratet fikk øynene opp for behovet av flere takster. Midlertidige takster hjelper ikke på lang sikt, og som vi har sett tidligere i studien er behovet der, både med tanke på dagens behandlingstilbud og konsekvensene av nedsatt lydtoleranse. Om takstene blir endelige, er fortsatt usikkert.

5.4.2 «Gjør jeg det riktig nå?»

Før virusutbruddet og de fastsatte midlertidige takstene, var det ingen takster for bruk av videokonsultasjon for audiopedagoger, dermed heller ingen retningslinjer for bruk av dette i behandling. Med de nye takstene foreligger det også retningslinjer, som er direktoratet for e-helse sin veileder og i tillegg deres informasjonsside med praktiske råd til helsepersonell om

god bruk av video (Helfo, 2020). Det forutsetter også at bruken av videokonsultasjoner i behandling foregår i henhold til krav til informasjonssikkerhet, det vil si jf. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2020). Når det kommer til sikkerhet og personvern var deltakerne ganske splittet. Hilde var klar på hvilke retningslinjer hun gikk ut ifra, noe som var veilederen fra direktoratet for e-helse. Her forklarte hun at det står tydelig om både personvern, sikkerhet og lovverk knyttet til bruk av datamaskin og telefon. Hilde jobber i offentlig sektor, noe som kan være grunnen til at hun er oppdatert på hvilke retningslinjer man skal forholde seg til. Hun benytter seg i tillegg av Skype for business, en videotjeneste som blir brukt i spesialisthelsetjenesten og som er anbefalt av direktoratet for e-helse (Direktoratet for e-helse, 2020).

De andre deltakerne fulgte retningslinjene til Helfo, men deltakerne beskrev disse retningslinjene som svært diffuse og vanskelig å forholde seg til. Lene bruker en stasjonær datamaskin for bruk av videokonsultasjoner som er låst når den ikke er i bruk. Hun forklarer at hun har tenkt en del på sikkerhet i forhold til Skype, da navnene til pasientene er synlige. Direktoratet for e-helses hovedanbefaling når det kommer til det å bruke videoløsninger er å bruke videoløsninger som spesielt er utviklet for helsetjenesten. Confrere, VisibaCare og Pasientsky er videoløsninger som blir brukt i primærhelsetjenesten, og NHNs videotjeneste, Skype for business og VideoNor er tjenester som blir brukt i spesialisthelsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020). Direktoratet gjør i tillegg sammen med Norsk helsenett en vurdering av andre videoløsninger, slik som Skype, Teams og Whatsapp. Det foreligger en dialog om hvorvidt krav til sikkerhet og personvern foreligger (Direktoratet for e-helse, 2020). Lene forklarer at hun har tenkt en del på sikkerheten i forhold til Skype, da navnene til pasientene er synlige. En forutsetning for digitalisering er god informasjonssikkerhet og godt personvern (Direktoratet for e-helse, 2020). Informasjonssikkerhet handler om risikohåndtering relatert til informasjon og behandling av personopplysninger. For å kunne utøve forsvarlig helsehjelp er god informasjonssikkerhet spesielt viktig (Direktoratet for e-helse, 2020). Det foreligger som sagt en dialog om Skype oppfyller kravene om sikkerhet og personvern. Navnene til pasientene blir vist på Skype, slik som Lene sa. Dette vil muligens ikke være god nok behandling av personopplysninger, selv om datamaskinen er låst. Hvis Lene glemmer å låse datamaskinen sin, vil uvedkommende kunne ha tilgang på denne informasjonen. Det er behandlers ansvar å sørge for at krav til personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt (Direktoratet for e-helse, 2020). Likevel er det viktig å huske på at ved dette tidspunktet forelå det ingen takster for videokonsultasjoner, og dermed

ingen retningslinjer. Alle deltakerne mener at de har en vei å gå når det kommer til sikkerhet, men at det er vanskelig da de ikke har noen tydelige retningslinjer å forholde seg til.

Lene har begynt å bruke mer Confrere, ett program hun sier at fastlegene bruker. Confrere er en videoløsning direktoratet for e-helse anbefaler, og blir brukt i primærhelsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020). Confrere har ende-til-ende kryptering og oppfyller norske myndigheters sikkerhetskrav, slik som Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren og GDPR. Confrere er derfor godkjent for bruk i norsk helsevesen (Confrere u.å). Hvilke videoløsninger som anbefales, kom først etter fokusgruppeintervjuet fant sted. Lene og Ida benytter seg begge av Confrere, en videoløsning som oppfyller sikkerhetskravene og derfor er godkjent for bruk i helsevesenet. Selv om audiopedagoger ikke er autorisert helsepersonell, kan de likevel drive undersøkelse og behandling med henvisning fra lege (Helsedirektoratet, 2017), i tillegg til spesialundervisning. Det er da en forutsetning at behandlingen er ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte (Helsedirektoratet, 2017). Dermed blir det viktig å benytte seg av en videoløsning som oppfyller norske myndigheters sikkerhetskrav.

«Helfo er Helsedirektoratets ytre etat og deres oppgave er å ivareta rettighetene til helseaktører og privatpersoner, samt å gi informasjon og veiledning om helsetjenester» (Helfo, 2019). Beate forklarte om en hendelse der hun hadde ringt inn til Helfo med et spørsmål og fikk svar på dette. Senere hadde en kollega av henne ringt inn med det samme spørsmålet og fått et helt annet svar. Hun sa at det ikke er en god følelse å vite at man kanskje gjør og har utført jobben sin på feil måte. Hun mente at dette var det mest utfordrende med Helfo, at man ikke vet om man gjør ting på riktig måte. De andre deltakerne var enige i dette og Lene forklarte at det er vanskelig når det ikke er presist nok. Hun forklarte at man må tolke dette regelverket på sin egen måte, noe som gjør henne usikker på om hun gjør det riktig.

«For jeg tenker det at det er jo fint at det på en måte kommer opp på banen, fordi det jeg kanskje synes har vært ganske utfordrende når det gjelder Helfo er jo at.. Gjør jeg det riktig nå? Er dette riktig? [...] Av Helfo så får du et svar, så hører du med noen andre som har ringt om det samme, ja så har de fått et helt annet svar. Og det er jo ikke noe god følelse for oss som sitter her å vite at det jeg gjør nå er egentlig ikke riktig. Altså, er jeg egentlig innafor?»

Beate

5.5 Vurdering av validitet i egen studie

Under hele prosessen med masteroppgaven har jeg kontinuerlig evaluert hva som fungerte bra og hva som eventuelt kunne blitt gjort annerledes. Det er også blitt redegjort for validitet i metodekapittelet, punkt 3.5.2, men ønsker her å redegjøre ytterligere for utvalget, representativitet og hvordan min forforståelse har påvirket valgene i studien.

Kvale & Brinkmann (2015) mener at en fokusgruppe består av seks til ti personer og Malterud (2017) mener at den består av fem til åtte deltakere. I denne studien besto fokusgruppen av fire deltakere, noe som er mindre enn anbefalt av teorien. Siden fokusgruppen kun hadde fire deltakere, kan dette ha påvirket effekten på diskusjonene. Om utvalget hadde økt med en eller to deltakere til, kan dette muligens ha gitt enda flere synspunkter, noe som kunne tilføyd mer i både diskusjoner og i studien generelt. Likevel hadde jeg ikke så mange valg da virusutbruddet kom, og jeg måtte gjøre det beste ut av situasjonen som var. Deltakerne var faglig sterke, hadde mange erfaringer å dele og det var en fin gruppedynamikk. De hadde flere like erfaringer, men var også uenig med hverandre. Selv om deltakerne hadde like yrker, var det likevel ulikt med tanke på hva de jobbet med, hvor de jobbet og hvor lenge de hadde jobbet med det. Det var likevel litt forskjell i hvor mye de fire informantene kom til ordet i fokusgruppeintervjuet. Beate og Lene var de som hadde mest å komme med, mens Ida og Hilde ikke snakket like mye som de to andre. Dette er kanskje ikke så rart, siden Ida begynte å jobbe med dette i fjor, og Hilde jobber i det offentlige. Det var likevel viktig å få med synspunktene de hadde også. Hilde var for eksempel klar på hvilke retningslinjer hun gikk ut ifra, og Ida var litt bedre på det tekniske enn de andre.

Utvalget i denne studien har noen begrensninger som er viktig at man tar i betraktning. For det første var utvalget ganske lite, noe det er to grunner til. For det første er fagmiljøet lite og det er få audiopedagoger som bruker videokommunikasjon i slik behandling. For det andre satte Covid-19 begrensninger på utvalget, som gjorde at utvalget ble mindre enn først antatt. I tillegg besto utvalget av kun kvinner, noe som kan ha påvirket resultatet. Det at fagmiljøet er lite og at det er få audiopedagoger som bruker videokommunikasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse, gjør likevel at et lite utvalg kan være representativt. Det er likevel viktig å huske på at dette er en begrensning med studien.

I denne studien har jeg latt meg inspirere av de to vitenskapsteoretiske perspektivene hermeneutikk og fenomenologi. Som skrevet tidligere, kan vi se at de to vitenskapsteoretiske

perspektivene er uforenlige når det kommer til synet på verdien av forforståelse. Selv om fenomenologien mener at forhåndskunnskap skal settes i parentes (Malterud, 2017), mener hermeneutikken at man ikke kan se bort i fra egen forforståelse (Brottveit, 2018). Jeg hadde ingen særlige forkunnskaper om e-helse og videokonsultasjoner fra før, utenom egne observasjoner i praksis. Likevel hadde jeg en god del kunnskaper om nedsatt lydtoleranse og hvilke konsekvenser dette kan ha. Malterud (2017) skriver at forforståelsen ofte er motivasjonen for å sette i gang med forskning om et bestemt tema. Hos meg var det nettopp observasjonene i praksis som var motivasjonen for å studere temaet. I tillegg har jeg fra tidlig av vært interessert i nedsatt lydtoleranse, noe som gjorde at det var akkurat denne pasientgruppen jeg ønsket å studere.

Det teoretiske grunnlaget er blitt belyst med utgangspunkt i empirien, altså etter fokusgruppeintervjuet ble gjennomført. Med utgangspunktet i fenomenologien var det informantenes beskrivelser av sine erfaringer som var av størst betydning i oppgaven. Malterud (2017) skriver at forforståelser kan virke begrensende i en studie, der forskeren går inn i prosjektet med skylapper og med en begrenset horisont. Det blir videre skrevet at den vanligste fallgruven er at forforståelsen overdøper budskapet fra datamaterialet, det vil si at resultatene fra studien ikke stammer fra det empiriske materialet, men fra egen forforståelse (Malterud, 2017). Jeg har ikke satt alle mine forkunnskaper i parentes, slik som fenomenologien fremhever betydningen av, men heller ikke latt min forforståelse overdøve budskapet fra datamaterialet. Jeg har hatt et aktivt og bevisst forhold til min egen forforståelse. Resultatene fra denne studien stammer fra det empiriske materialet, ikke min egen forforståelse.

6. Avslutning

Formålet med denne studien var å få kunnskaper om bruk av e-helse i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. Det er søkt etter å få innsikt i og kunnskaper om audiopedagogers erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner i møte med disse pasientene. E-helse er et stort emne som er svært omfattende. Derfor har hovedfokuset i denne studien vært bruken av videokonsultasjoner, dette i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling formulert: *Hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?* I dette kapittelet vil det først bli gitt en oppsummering av oppgavens funn, etterfulgt av konklusjon. Helt til slutt vil det kort bli redegjort for veien videre.

6.1. Oppsummering

Så, hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse? Resultatene viser at audiopedagogene hadde flere positive erfaringer med bruk av videokonsultasjoner i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse. De hadde blant annet erfaringer med at videokonsultasjon var et godt alternativ for pasientene med *lang reisevei*. Behandlingstilbudet av nedsatt lydtoleranse i Norge er lite, noe som dermed gjør at flere må reise langt for å få behandling. Med videokonsultasjon blir behandlingen tilgjengelig i pasientens hjem, og utfordringene med reisevei reduseres. Flere pasienter med nedsatt lydtoleranse kan slite med psykiske lidelser, som angst, depresjon og posttraumatisk lidelse (Jüris et al., 2013). En erfaring deltakerne hadde her var at distansen over skjerm gjorde at flere av pasientene opplevdes som *tryggere*, spesielt ungdommer. Lene erfarte også at pasientene som strever mest trigges lettere av lyder på kontoret enn over skjerm. Her hadde likevel Ida en annen erfaring, der hun mente at særlig pasienter med misofoni kan henge seg opp i lydene datamaskinen lager, eksempelvis viftelyder eller knitrelyder. Noe som dukket opp under hele intervjuet blant alle deltakerne var *kontinuitet*. Alle betraktet og hadde erfaring med at videokommunikasjon er et svært nyttig verktøy i forhold til det med å holde kontinuiteten i behandlingen.

Studien viser likevel at det kan være noen utfordringer med bruk av videokonsultasjon i behandling. *Teknologien* kunne være utfordrende noen ganger, dette spesielt med godt voksne pasienter. Dårlig forbindelse var noe som ofte kunne skje, noe som resulterte i at de fortsatte på telefon. Dette mente ikke deltakerne var optimalt, da de ønsker å se pasienten over video. Hvor pasientene skal plassere seg for å få best mulig lysforhold var også noe som kunne være

utfordrende, da flere av pasientene kunne sitte med ryggen mot vinduet. Dette kunne likevel løses ved å være tydelig på dette i forkant av videokonsultasjonen. *Den direkte rådgivningen* kunne også være utfordrende, da de må sitte og peke på ark over skjerm. Dette var likevel noe som kunne løses, eksempelvis ved å dele skjerm med pasienten eller sende over dokument i forkant av behandlingen. Selv om det kan løses, koster det likevel mer i form av tid. I tillegg mente deltakerne at det krever mer motivasjon av pasientene selv med behandling over videokommunikasjon. Pasientene kan lett falle ut av samtalen og det kan bli vanskelig å hente dem inn igjen over video, dette gjaldt særlig ungdommer. Beate hadde også erfart at pasientene ønsket kortere time når behandlingen foregikk over video, sammenlignet med behandling på kontoret.

Når det kom til den terapeutiske alliansen hadde Ida og Lene erfaringer med at det kunne ta *lengre tid å opparbeide en god allianse* over video, sammenlignet med fysisk møte. Beate mente at utfordringen her lå i det å få pasientene til å henge med over skjerm, noe som kunne sette alliansen på prøve. Alle deltakerne mente at minimum *første møte* med pasienten måtte være fysisk på kontoret, og at dette var avgjørende for alliansen. Hvis første møte var fysisk, ble det lettere å fortsette over videokonsultasjon senere.

Takster var noe deltakerne uttrykte stor frustrasjon over, og håpet at Helfo og Helsedirektoratet så *behovet for flere takster*. Før virusutbruddet var det ingen takster for bruk av videokonsultasjon for audiopedagoger, og dermed heller ingen *retningslinjer* for dette. Hilde var klar på hvilke retningslinjer hun gikk ut ifra, som var veilederen fra direktoratet for e-helse. De andre audiopedagogene forholdte seg til Helfo, men beskrev dette som både *diffust og vanskelig å forholde seg til*. Deltakerne mener de har en vei å gå når det kommer til sikkerhet, men at det er vanskelig da de ikke har noen tydelige retningslinjer å forholde seg til. På grunn av at Helfo er vanskelig å forholde seg til, må deltakerne tolke regelverket på sin egen måte noe som skaper *usikkerhet*.

Deltakerne forklarte at de var litt skeptiske til bruk av videokommunikasjon i begynnelsen. Etterhvert som de så at flere i fagmiljøet tok i bruk videokommunikasjon, startet de også med det. Med økt erfaring så de mer og mer nytten av det, og ble positivt overrasket over hvordan det gikk. Deltakerne ble altså *tryggere* på bruk av videokonsultasjoner i behandling *med økt erfaring*.

6.2 Konklusjon

Funnene i denne studien viser at bruken av videokonsultasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse har både fordeler og noen utfordringer. Norge er et langstrakt land med lange reiseveier. Hvis vi ser det opp mot få behandlingssteder blir dette en utfordring for pasientgruppen. Når behandlingen blir gitt via videokonsultasjon, blir behandlingen tilgjengelig etter pasientens behov og tilgjengelig uansett hvor pasienten bor i landet. Videokonsultasjoner kan også gi pasientene en trygghet, særlig når det kommer til ungdommer. Å tilby den samme behandlingen hjemme i trygge lydmiljø kan være et godt alternativ for pasientene som strever med nedsatt lydtoleranse. I tillegg hadde alle deltakerne erfaring med at videokommunikasjon er et svært nyttig verktøy i forhold til det å holde kontinuiteten i behandlingen, og betraktet dette som en av de største fordelene med å gi behandling på denne måten.

Studien viser likevel noen utfordringer med videokonsultasjon for pasientgruppen, slik som tekniske utfordringer, pasientenes tilgang på utstyr, hvor de skal plassere seg for optimale lysforhold og utfordringer med den direkte rådgivningen. Det krever også mer motivasjon av pasientene selv ved å ha behandling over videokonsultasjon. Tross utfordringene, mente deltakerne at det var løsbart, selv om det krever mer av dem i form av tid. Deltakerne hadde også erfaring med at det kunne ta lengre tid å opparbeide seg en god allianse over videokonsultasjon, sammenlignet med fysisk møte. Dette gjaldt pasientene der hele behandlingen har foregått over video, uten noen form for fysisk møte. Deltakerne mente at første møte, kanskje til og med de to-tre første møtene, var viktig å ha på kontoret. Dette betraktet de som avgjørende for alliansen. En kombinasjon av behandling via videokonsultasjoner og ansikt-til-ansikt kan derfor antas å foretrekke.

Funnene viser også behovet for endelige takster og tydeligere retningslinjer for bruk av videokonsultasjon. Manglende takster og diffuse retningslinjer gjør at deltakerne må tolke regelverket på sin egen måte, noe som skaper usikkerhet. Om de midlertidige takstene i dag blir endelige, er fortsatt usikkert. Deltakerne i studien forklarte at flere av pasientene har stort behov for videokonsultasjoner, enten på grunn av lang reisevei eller av andre grunner som gjør at de ikke har mulighet til å komme til kontoret. Det ytret forhåpning om at både Helfo og Helsedirektoratet fikk øynene opp for behovet av flere takster.

6.3 Veien videre

Et mål med studien er å bringe inn ny kunnskap som kan komme både brukere og fagfeltet til gode. Før fokusgruppeintervjuet var det ikke mange i fagfeltet som benyttet seg av videokonsultasjoner i behandling, mye grunnet manglende takster, men muligens også på grunn av manglende kunnskap. Ytterligere forskning på dette er nødvendig for å studere hvilke pasienter som mest eller minst vil dra nytte av behandling ved bruk av e-helse, mer spesifikt videokonsultasjoner. Denne studien ser på erfaringene audiopedagogene har med e-helse behandling for pasienter med nedsatt lydtoleranse. Siden studien ser på nedsatt lydtoleranse generelt, kunne det vært interessant å studere nærmere de ulike tilstandene, altså videokonsultasjoner for hyperakusis pasienter og for pasienter med misofoni/fonofobi.

Fra fokusgruppeintervjuet fant sted har audiopedagoger fått økt erfaring med videokonsultasjoner i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse, dette mye grunnet de midlertidige takstene. Det hadde derfor vært interessant og gjort nye studier på dette temaet, og sammenlignet funnene i denne studien med nye funn etter økt erfaring. Økende erfaring og funn fra denne studien, vil forhåpentligvis bidra til økt kompetanse på videokonsultasjoner for audiopedagogiske tjenester i fremtiden. Forhåpentligvis vil også funnene i denne studien bidra til å se behovet for endelige takster for videokonsultasjoner.

Jeg velger å avslutte denne studien med et sitat fra Lene:

«[.] jeg tenker at hvis vi skal kunne hjelpe disse menneskene som strever, så må kanskje e-helse komme mer i bildet [..] Så jeg tenker at dette her, det er veien å gå. Jeg sier ikke at absolutt alt skal gå over til slik, vi må jo tenke at noen foretrekker jo bare kontor. Men at det er en reell, god måte å hjelpe disse som strever med nedsatt lydtoleranse på, det tror jeg absolutt» Lene

Referanseliste

- Aazh, H., Landgrebe, M., Danesh, A. A. & Moore, B. C. J. (2019). Cognitive Behavioral Therapy For Alleviating The Distress By Tinnitus, Hyperacusis And Misophonia: Current Perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*. 12, 991-1002. doi: [10.2147/PRBM.S179138](https://doi.org/10.2147/PRBM.S179138)
- Andersson, G., Lindvall, N., Hursti, T., Carlbring, P. (2002). Hypersensitivity to sound (hyperacusis): a prevalence study conducted via the internet and post. *International Journal of Audiology*, 41(8), 545-554. <https://doi.org/10.3109/14992020209056075>
- Baguley, D. M., Andersson, G., McFerran, D. & McKenna, L. (2013): *Tinnitus – A multidisciplinary approach*. (2.utg.). UK: Wiley-Blackwell.
- Berge, T., Repål, A. (2015). *Håndbok I kognitiv terapi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A. Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M. & Ruggles, H. (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family Practice*. 36, 53-63. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy072>
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H. & King, M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemed J E Health*. 25(6), 435-446. DOI: [10.1089/tmj.2018.0058](https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058)
- Braut, G. S. (2019, 11.januar). Helsevesenet. Hentet fra: <https://sml.snl.no/helsevesenet>
- Braut, G. S. (2018, 7.desember). Primærhelsetjenesten. Hentet fra <https://sml.snl.no/prim%C3%A6rhelsetjenesten>
- Braut, G. S. (2019, 25.november). E-helse. Hentet fra <https://sml.snl.no/e-helse>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal
- Coelho, C. B., Sanchez, T. G., Tyler, R. S. (2007). Hyperacusis, sound annoyance, and loudness hypersensitivity in children. *Prog Brain Res*. 166, 169-78. [10.1016/S00796123\(07\)66015-4](https://doi.org/10.1016/S00796123(07)66015-4)
- Confrere. (u.å). Sikre og trygge videosamtaler. Hentet fra <https://confrere.com/no/features/security>
- Confrere. (u.å). Bruk BankID for identifisering. Hentet fra <https://confrere.com/no/features/bank-id>
- Confrere. (u.å). Brukervennlig og pålitelig. Hentet fra <https://confrere.com/no/features/user-friendly>

- Confrere. (u.å). Ingen nedlastning, ingen registrering. Hentet fra <https://confrere.com/no/features/convenience>
- Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T. & Hilty, D. M. (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clin Proc.* 94, 2510-2523. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.018>
- Creswell, W. J., Creswell, D. J. (2018). *Research design: Qualitative, Quantitative & Mixed Methods Approaches*. (5.utg.). Los Angeles: SAGE
- Dagbladet. (2017). Den fjerde industrielle revolusjonen. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/den-fjerde-industrielle-revolusjonen/67502056>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Datatilsynet. (2018, 23.juni). Innebygd personvern. Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/innebygd-personvern/>
- Datatilsynet. (2012, 24.januar). Kryptering. Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/informasjonsikkerhet-internkontroll/kryptering/>
- De Vaus, D. (2014). *Surveys in Social Research*. (6.utg.). New York: Routledge
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 27. April). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 18.april). Rutine for sikker bruk- veiledning til helsevirksomheter som tar i bruk Skype for Business/Teams for videokonsultasjoner i forbindelse med Covid-19. Dokument hentet fra Spesiell vurdering av Skype for business/Teams <https://ehelse.no/aktuelt/korona-slik-kommer-du-i-gang-med-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2017). Videokonsultasjon. (Støttedokument til Norm, faktaarknr.54). Hentet fra <https://ehelse.no/normen/faktaark/faktaark-54-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse-og omsorgssektoren*. Hentet fra https://ehelse.no/normen/normen-for-informasjonsikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren/_/attachment/inline/ab1b230b-eb1f-47f8-b716-

[aae86ed34a8f:085dc760fecbf9141ee59f446495c41b1a73346f/Normen%20versjon%2006.0.pdf](https://ehelse.no/publikasjoner/arsrapport-2019-direktoratet-for-e-helse)

- Direktoratet for e-helse. (2020). *Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2019*. Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/arsrapport-2019-direktoratet-for-e-helse>
- Direktoratet for e-helse. (2019). Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022). Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 24.mars). Nye korona-takster legger til rette for at flere kan bruke videokonsultasjon. Hentet fra: <https://ehelse.no/aktuelt/nye-korona-takster-legger-til-rette-for-at-flere-kan-bruke-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 18.mars). Korona: Kom i gang med videokonsultasjon. Hentet fra <https://ehelse.no/aktuelt/korona-kom-i-gang-med-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 20.mai). Digital arbeidshverdag under korona: Praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video. Hentet fra <https://ehelse.no/aktuelt/praktiskerad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 18.mars). Korona: Slik kommer du i gang med videokonsultasjon. Hentet fra <https://ehelse.no/aktuelt/korona-slik-kommer-du-i-gang-med-videokonsultasjon>
- Fabijanska, A., Rogowski, M., Bartnik, G., Skarzynski, H. (1999). Epidemiology of tinnitus and hyperacusis in Poland. *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar* (pp. 569-571). London, England: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.
- Fagelson, M., Baguley, D. M. (2018) *Hyperacusis and disorders of sound intolerance: Clinical and research perspectives*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Flückiger, C., Del Re, A. C. D., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org.ezproxy.uio.no/10.1037/pst0000172>
- Formby, C., Gold, S. L., Keaser, M. L., Block, K. L. & Hawley, M. L. (2007). Secondary Benefits from Tinnitus Retraining Therapy: Clinically Significant Increases in Loudness Discomfort Level and Expansion of the Auditory Dynamic Range. *Thieme Medical Publishers*. 28(4), 227-260. DOI: 10.1055/s-2007-990713
- Formby, C., Sherlock, L. P. & Gold, S. L. (2003). Adaptive plasticity of loudness induced by chronic attenuation and enhancement of the acoustic background (L). *The Journal of the Acoustical Society of America*. 114(1), 55-58. <https://doi.org/10.1121/1.1582860>

- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_4#%C2%A713
- Gelso, J. C., Williams, N. E., Fretz, R. B. (2014). *Counseling psychology*. (3.utg). Washington: American Psychological Association.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 13(1), 29-35. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0139>
- Helfo. (2020, 23.mars). Logoped og audiopedagoger kan nå ta i bruk videokonsultasjon. Hentet fra <https://www.helfo.no/korona/logoped-og-audiopedagoger-kan-na-ta-i-bruk-videokonsultasjon>
- Helfo. (2018, 06.desember). Helfos organisasjon. Hentet fra <https://www.helfo.no/omhelfo/helfos-organisasjon>
- Helfo. (2018, 06.desember). Regelverk for privat logoped og audiopedagog. Hentet fra <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-privat-logoped-og-audiopedagog>
- Helsedirektoratet. (2018, 01.juli). Vedlegg 1 til § 5-10 – Honorartakster for undersøkelse/behandling logoped/audiopedagog. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-10-honorartakster-for-undersokelse-behandling-logoped-audiopedagog>
- Helsedirektoratet. (2018, 03.desember). Særlig om tjenester til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten/saerlig-om-tjenester-til-barn-unge-og-voksne-med-habiliteringsbehov-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017). Rundskriv til folketrygdloven § 5-10 – Logoped/Audiopedagog. (u. Rundskrivnummer). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-10-logoped-audiopedagog>

- Helsedirektoratet. (2020, 24.mars). Nå åpnes det for at flere behandlere kan ha konsultasjoner på video og telefon. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/na-apnes-det-for-at-flere-behandlere-kan-ha-konsultasjoner-pa-video-og-telefon?fbclid=IwAR2mEZMeGdwR3xzPb0OH6WGCP4IUbAoy9IY1PbSRU-aDDiUffU9RD-XVio>
- Helsedirektoratet. (2018, 12.juli). Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C. D., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *American Psychological Association*. 48(1), 9-16. doi: 10,1037/a0022186
- IKT-Norge. (u.å). Digital helse og omsorg. Hentet 27. mai 2020 fra <https://www.ikt norge.no/politiske-saker/digital-helse-og-omsorg/>
- Jastreboff, P. J. & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy. Implementing the Neurophysiological Model*. UK: Cambridge University Press
- Jastreboff, P. J. & Jastreboff, M. M. Chapter 21 – Decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, diplacusos, and polyacusis. *Handbook of Clinical Neurology*. 129, 375-387. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62630-1.00021-4>
- Kaldo, V. & Andersson, G. (2004). *Kognitiv beteendeterapi vid tinnitus*. Lund: Studentlitteratur AB
- Katz, J., Chasin, M., English, K., Hood, L. J. & Tillery, K. L. (2015). *Handbook of Clinical Audiology* (7.utg.). USA: Wolters Kluwer
- Keus, A. (u.å., sist oppdatert 2014, 30.oktober). Grunnstrukturen i helsetjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Kjøterøe, J. K., Myrbakk, V. N., Holm, I. M., Goll, C. B., Bønes, E. & Stensland, G. Ø. (2017). *Bruk av videokonferanse og nettbasert terapi – MasterMind Norge*. (13-2017). Hentet fra <https://ehealthresearch.no/rapporter/bruk-av-videokonferanse-og-nettbasert-terapi-mastermind-norge>
- Kocsis, B. J. & Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the Therapeutic Relationship: Principles, Advantages, and Case Examples. *Telemedicine and e-Health*. 24(5), 329-334. doi: 10.1089/tmj.2017.0088

- Kooista, L., Ruwaard, J., Wiersma, J., Oppen, P. V. & Riper, H. (2020). Working Alliance In Blended Versus Face-to-Face Cognitive Behavioral Treatment for Patients with Depression in Specialized Mental Health Care. *Journal of Clinical Medicine*. 9(2), 347. <https://doi.org/10.3390/jcm9020347>
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lund, T (red). (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- McKenna, L., Baguley, D., & McFerran, D. (2010). *Living with tinnitus and hyperacusis*. London, UK: Sheldon Press
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Mathiesen, H. (1969). Phonophobia After Stapedectomy. *Acta Oto-Laryngologica*, 68(1-6), 73-77. Doi: 10.3109/00016486909121544
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design. An interactive Approach*. (3.utg.) California: SAGE
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (u.å, sist oppdatert 2020, 01.april). Mastermind. Hentet fra <https://ehealthresearch.no/prosjekter/mastermind>
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S. & Sabin-Farrell, R. (2017). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 25(6), 797-808. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1002/cpp.2315>
- Perlman, H. B. (1938). LXXIX Hyperacusis. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 47(4), 947-953. <https://doi.org/10.1177/000348943804700408>
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36(6), 649-653. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>
- Rosing, S. N., Schmidt, J. H., Wedderkopp, N., Baguley, D. M. (2016). Prevalence of tinnitus and hyperacusis in children and adolescents: a systematic review. *BMJ Open*. 6(6). [10.1136/bmjopen-2015-010596](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010596)
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. & Lange, A. (2009). Standardized Web-Based Cognitive Behavioural Therapy of Mild og Moderate Depression: A Randomized Controlled Trial with a Long-Term Follow-Up.

- Cognitive Behaviour Therapy*. 38(4), 206-221.
<https://doi.org/10.1080/16506070802408086>
- Solem, S., Ulleberg, E. (2017). Internettbasert behandling av depresjon. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/2017/01/kronikk/internettbasert-behandling-av-depresjon>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). Norsk mediebarometer. Hentet fra
<https://www.ssb.no/medie>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å., sist oppdatert 2020, 19.mars). Spesialisthelsetjenesten. Hentet fra
<https://www.ssb.no/speshelse>
- Statsbudsjettet. (2020). *Kap. 733 Habilitering og rehabilitering*. (Prop. 1 S (2019-2020)).
Hentet fra <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2020/Dokumenter1/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S-/Del-2-Budsjettomtaler-/4-Narmere-omtale-av-bevilgningsforslagene-mv--/>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5.utg.).
Bergen: Fagbokforlaget
- Tinnitustips. (2014, 08.mars, sist oppdatert 2020, 29.april). Behandlere. Hentet fra
<https://tinnitustips.no/behandlere/>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder I praksis* (3.utg.). Oslo: Gyldendal
- Tuerk, P. W., Keller, S. M. & Acierno, R. (2018). Treatment for Anxiety and Depression via Clinical Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 16(4), 363-369.
doi: [10.1176/appi.focus.20180027](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027)
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 14, 270-277.
<https://doi.org.ezproxy.uio.no/10.1002/wps.20238>
- Widen, S. E., Erlandsson, S. I. (2004). Self-reported tinnitus and noise sensitivity among adolescents in Sweden. *Noise Health*. 7(25), 29-40.
- World Health Organization. (2020). eHealth. Hentet fra
<https://www.who.int/ehealth/about/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Problemstilling: Hvilke erfaringer har audiopedagoger med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse?

Tema 1: Generelle erfaringer

- Hvordan forstår dere begrepet e-helse?
- Hvilke erfaringer har dere med videokommunikasjon i behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse?
- Hvorfor kan videokommunikasjon egne seg for denne pasientgruppen?

Tema 2: Voksen og barn/ungdom

- Hvilke erfaringer har dere med videokommunikasjon i behandling av voksne?
- Hvilke muligheter evt. utfordringer kan e-helse behandling gi for voksne?
- Hvilke erfaringer har dere med videokommunikasjon i behandling av barn/ungdom?
- Hvilke muligheter evt. utfordringer kan e-helse behandling gi for barn/ungdom?

Tema 3: Relasjon mellom behandler og pasient

- *Teori: Den terapeutiske alliansen består av tre deler. Den første delen innebærer at terapeut og pasient har enighet om hvilke mål man arbeider mot, den andre hvilke metoder og teknikker som skal benyttes av både terapeut og pasient for å nå målene som er satt og sist et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillitt og fortrolighet.*

Påstand: Den terapeutiske alliansen mellom behandler og pasient er avgjørende for både gjennomføringen av behandlingen og resultatet.

- Diskuter viktigheten av den terapeutiske alliansen
- På hvilken måte kan videokommunikasjon påvirke relasjonen mellom behandler og pasient, sammenlignet med tradisjonell ansikt-til-ansikt behandling?
- På hvilken måte kan behandling gjennom videokommunikasjon sette relasjonen på prøve?

Tema 4: Bruk av teknologien

- På hvilken måte jobber dere med å opprettholde god sikkerhet med tanke på pasientinformasjon?
- Må dere forholde dere til lovverk og/eller retningslinjer for bruk av videokommunikasjon i behandling? Evt hvilke?

Avsluttende

- Hvilke framtidsutsikter tenker dere e-helse kan ha for denne pasientgruppen?
- Noe annet dere vil løfte frem?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Er du audiopedagog og bruker Skype eller andre typer for videokommunikasjon i behandling?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å samle inn audiopedagogers erfaringer med videokommunikasjon i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Temaet for oppgaven er e-helse behandling, og jeg skal undersøke hvilke erfaringer audiopedagoger har med denne typen behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse. E-helse behandling er et begrep som omhandler bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Eksempler på slik kommunikasjonsteknologi kan være Skype, Messenger eller andre typer for teknologi som brukes med pasienter. Jeg ønsker å se på hvordan teknologien implementeres i behandlingen, om hvilke muligheter og utfordringer det kan være med slik teknologi og på hvilken måte det kan opprettholdes god sikkerhet med tanke på sensitiv pasientinformasjon. Jeg ønsker å samle inn erfaringer om både voksne pasienter og pasienter som er barn/ungdom. For å finne ut av dette, ønsker jeg å utføre ett fokusgruppeintervju med audiopedagoger som har erfaring med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse i alle aldre.

For å være med i studien må du:

- Være audiopedagog
- Ha erfaring med behandling av pasienter med nedsatt lydtoleranse (barn, voksen eller begge)
- Ha erfaring med videokommunikasjon i behandling

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju. Målet med fokusgruppeintervjuet er å få frem forskjellige synspunkter om emnet og å få ny kunnskap som kan komme både brukere og audiopedagoger til gode. I fokusgruppeintervjuet kommer vi inn på temaene generelle erfaringer med e-helse behandling, e-helse behandling rettet mot voksen pasientgruppe sammenlignet med barn/ungdom og til slutt erfaringer og tanker om selve teknologien. Det vil ta deg ca. 1,5 - 2 timer å være med på fokusgruppeintervjuet. Jeg vil bruke båndopptaker som er tilknyttet Universitetet og ta notater mens vi snakker sammen. Fokusgruppeintervjuet vil foregå i Oslo regionen. Dersom du ikke bor i Oslo løses dette ved bruk av kommunikasjonsteknologi. Eksakt tid og sted blir vi enige om når utvalget er klart.

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. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2020.

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. Det er jeg og min veileder som vil ha tilgang til lydopptaket og notatene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på forskningsserver tilknyttet Universitetet i Oslo.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2020. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Det er likevel nødvendig å nevne at siden det ikke er mange audiopedagoger som bruker videokommunikasjon i slik behandling, gjør det at utvalget kan være lett identifiserbar i den ferdige oppgaveteksten. Selv om utvalget kan være identifiserbar, vil alle opplysninger om deg som enkeltperson anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig.

Jeg vil også understreke at du har taushetsplikt ovenfor dine pasienter. Dette innebærer opplysninger som kan identifisere pasienter, eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Eksempler på slik informasjon kan være navn, alder, kjønn, opprinnelsesland, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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 Oslo 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?

Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

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

- Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo, faglig ansvarlig: Ulrika Löfkvist, på epost (ulrika.lofkvist@isp.uio.no).
- Prosjektansvarlig/veileder: Guri Engernes Nielsen, på epost (audiopedagog.guri@gmail.com) eller telefon: 47 31 39 33.
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, på epost (personvernombud@uio.no).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.
- Student: Viktoria Rotmo Stormo, på epost (viktorot@student.uv.uio.no) eller telefon: 95300957

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Guri Engernes Nielsen

Viktoria Rotmo Stormo

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *audiopedagogers erfaringer med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, innen utgangen av 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning av Norsk Senter for Forskningsdata



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Audiopedagogers erfaringer med e-helse behandling i møte med pasienter med nedsatt lydtoleranse

Referansenummer

805140

Registrert

13.01.2020 av Viktoria Rotmo Stormo - viktorot@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ulrika Löfkvist, ulrika.lofkvist@isp.uio.no, tlf: 22859165

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Viktoria Rotmo Stormo, viktorot@student.uv.uio.no, tlf: 95300957

Prosjektperiode

15.02.2020 - 31.12.2020

Status

19.03.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

19.03.2020 – Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 17.03.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.03.2020. Behandlingen kan fortsette.

Skype er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

20.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 20.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

NSD vurderer 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 viderebehandles 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), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen 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.

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).

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

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