

Helsepersonells forventninger til e-konsultasjon i digital pasientportal

Thea Christine Thorshov



Masteroppgave i sykepleievitenskap

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

26. juni 2020



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Thea Christine Thorshov	Dato: 26.06.2020
Tittel og undertittel: Artikkel: Helsepersonells forventninger til e-konsultasjon i digital pasientportal. Refleksjonsoppgave: Helsepersonells forventninger til faglig forsvarlig helsehjelp ved implementering og framtidig bruk av e-konsultasjon, refleksjon i lys av aktivitetsteori.	
Sammendrag: Masteroppgaven består av to deler; en artikkel og en refleksjonsoppgave. Formål: Artikkelens formål er å utforske helsepersonells forventninger til implementering og bruk av e-konsultasjon i digital pasientportal. Slik konsultasjon planlegges tilbudt til pasienter med en alvorlig kronisk sykdom under poliklinisk oppfølging. Utgangspunktet for refleksjonsoppgaven er «resultatenes betydning som kvalitetskriterium» og funnet som omhandler helsepersonells bekymring for hvorvidt e-konsultasjon ivaretar faglig forsvarlig helsehjelp. Refleksjonene struktureres ved hjelp av aktivitetsteori. Teoretisk forankring: Digitale tjenester har potensial til å effektivisere områder av helsetjenesten, redusere helseutfordringene i samfunnet, samt gi pasienten bedre muligheter til å medvirke i egne behandlingsvalg. Stadig flere pasienter tilbys digital pasientportal og e-konsultasjon som tillegg eller erstatning for tradisjonelle konsultasjoner på sykehus. Tjenesten gir pasienter tilgang til egne helseopplysninger og mulighet til å kommunisere med behandlerne sine. Metode: <i>Artikkel:</i> Studien har et utforskende kvalitativt design. Ni informanter i en poliklinikk ble rekruttert. Utvalget bestod av sykepleiere (n=4) og leger (n=5). Datamaterialet ble innhentet ved semi-strukturerte individuelle intervju og analysert med tematisk innholdsanalyse. <i>Refleksjonsoppgave:</i> Aktivitetsteori ble brukt som rammeverk for å strukturere og reflektere rundt helsepersonells synspunkter på faglig forsvarlig helsehjelp i overgang til e-konsultasjon.	
Resultater: <i>Artikkel:</i> Informantene mente pasienter som får tilbud om e-konsultasjon må ha visse ferdigheter, som tilstrekkelig norskkunnskaper, digital kompetanse og høy grad av helseinformasjonsforståelse. De forventet at e-konsultasjon ville kreve en omorganisering av praksis, og var bekymret for hvorvidt e-konsultasjon ivaretar faglig forsvarlig helsehjelp. <i>Refleksjonsoppgave:</i> Aktivitetsteori har bidratt til å identifisere spenninger som oppstår når nye redskaper som e-konsultasjon implementeres og tas i bruk i klinisk praksis. Spenningene omhandler endringer ved praksis, slik som nye verktøy og arbeidsmetoder, og hvordan dette påvirker muligheten til å yte faglig forsvarlig helsehjelp.	
Konklusjon: Gjennom funnene i studien, og ved hjelp av den aktivitetsteoretiske analysen, belyses spenninger som oppstår når e-konsultasjon skal implementeres og brukes i en poliklinikk. Å lytte til helsepersonell i endringsprosesser, og i utviklingen av digitale tjenester, er viktig for å sikre fortsatt faglig forsvarlig helsehjelp av høy kvalitet.	
Nøkkelord: Digital pasientportal, e-konsultasjon, aktivitetsteori, semi-strukturert intervju, faglig forsvarlig helsehjelp	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Thea Christine Thorshov	Date: 26.06.2020
Title and subtitle: Article: Health providers' expectations to e-consultation in a digital patient portal. Essay: An activity theoretical lens to reflect on health providers' expectations for professional accountability when implementing e-consultations.	
Abstract: Master's thesis consists of two parts; an article and an essay.	
Purpose: <i>Article:</i> Explore health providers' expectations of the implementation and use of e-consultations in a digital patient portal in follow-up care to people who are chronically ill. <i>Essay:</i> Reflect on «the results' significance as a quality criterium», based on the finding about health providers' concerns regarding use of e-consultations, professional accountability and quality of care. The reflections are structured by activity theory.	
Literature Review: Digital services comes with potential to increase efficiency in many areas of healthcare, reduce health challenges in society, and facilitate patient participation. A growing number of patients are offered access to digital services such as digital patient portals and e-consultation, to complement or replace traditional consultations in hospitals. Patients can access their own health information and communicate securely with health personnel.	
Method: <i>Article:</i> The study has an explorative qualitative design. Nine informants from an out-patient clinic were recruited, both nurses (n=4) and doctors (n=5). Data was collected through semi structured, individual interviews and analysed using a thematic content analysis. <i>Essay:</i> Activity theory was used as a framework to structure and reflect on health personnel's views on professional accountability in regards to e-consultations.	
Results: <i>Article:</i> According to the informants, patients who are offered e-consultations should meet certain criteria, such as a stable period of their condition, high level of health literacy and digital literacy, and a sufficient understanding of the Norwegian language. The informants assumed that e-consultations require adjustments and reorganisation of practice. Furthermore, they were concerned for quality of care and how professional accountability would be ensured. <i>Essay:</i> Activity theory has been used to map and identify tensions that arise when a new tool, like e-consultation, is implemented in clinical practice. The tensions relate to functionalities of e-consultation, as well as changes when the tool requires new ways of working.	
Conclusion: The empirical findings, and activity theoretical analysis, identify tensions that arise ahead of implementation and use of e-consultations in an out-patient clinic. Listening to health providers in the process of change, and in the development of digital services, remains important to ensure high quality healthcare and maintained professional accountability.	
Key words: Digital patient portal, e-consultation, activity theory, semi structured interviews, professional accountability	

INNHALDSFORTEGNELSE

MASTEROPPGAVENS DEL 1: ARTIKKEL

TITTELSIDE	1
SAMMENDRAG	2
INNLEDNING	3
Digital pasientportal – tidligere forskning.....	3
Pasientens forutsetninger	3
Helsepersonells forventninger og erfaringer	4
Hensikt med studien	4
METODE	5
Utvalg og prosedyre	5
Datainnsamling.....	5
Dataanalyse.....	5
Etiske overveielser.....	5
RESULTATER	6
Seleksjon av pasienter	6
Faglig forsvarlig helsehjelp	6
Reorganisering av praksis.....	7
DISKUSJON	8
Faktorer som påvirker e-konsultasjon	8
E-konsultasjonens nytteverdi.....	9
Studiens begrensninger.....	10
KONKLUSJON	10
REFERANSER	11

Vedlegg

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Vedlegg 5 – Godkjenning fra Personvernombudet

Oversikt over tabeller

Tabell 1. Analyseprosess av utdrag fra transkripsjonen.....	15
---	----

Oversikt over figurer

Figur 1. Tema og underkategori fra analyse av intervju med helsepersonell.....	16
--	----

MASTEROPPGAVENS DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

1 INNLEDNING	1
1.1 Studiens resultater som kvalitetskriterium	2
1.2 Faglig forsvarlighet	3
1.3 Refleksjonsoppgavens oppbygning og avgrensning	3
2 TEORETISK RAMMEVERK: SOSIOKULTURELLE PERSPEKTIVER OG AKTIVITETSTEORI	5
2.1 Sosiokulturelle perspektiver	5
2.2 Aktivitetsteori	5
3 POLIKLINISK AVDELING SOM ATIVITETSSYSTEM	8
3.1 Subjekt	8
3.2 Objekt	9
3.3 Utfall eller mål	9
3.4 Artefakt eller verktøy	10
3.5 Fellesskap	10
3.6 Regler	11
3.7 Arbeidsdeling	11
4 REFLEKSJON – RESULTATENES BETYDNING SOM KVALITETSKRITERIUM.....	14
4.1 Nye verktøy	14
4.2 Nye arbeidsmåter	15
4.3 Et helsevesen i digital utvikling.....	16
4.4 Helsepersonells rolle i bruk og utvikling av digitale tjenester	18
4.5 Aktivitetsteori som analyseverktøy	19
5 KONKLUSJON	20
REFERANSELISTE	21

MASTEROPPGAVENS DEL 1:
ARTIKKEL

Helsepersonells forventninger til e-konsultasjon i digital
pasientportal

TITTELSIDE

Tittel: Helsepersonells forventninger til e-konsultasjon i digital pasientportal

Type manuskript: Vitenskapelig artikkel

Antall ord: 2987

Antall tegn: 20 319

Antall tabeller og figurer: 2

Forfatter:

Thea Christine Thorshov

Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Sykepleier og forskningskoordinator ved øre-nese-halsavdeling, kirurgisk divisjon, Akershus

Universitetssykehus

Kontaktinformasjon:

Thea Christine Thorshov

Smedgata 35A, 0651 Oslo

E-post: theathorshov@gmail.com

Telefon: 95908012

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Digitale tjenester har potensial til å erstatte og effektivisere områder av helsetjenesten, redusere helseutfordringene samfunnet står ovenfor, samt gi pasienten bedre muligheter til å medvirke i egne behandlingsvalg. Stadig flere pasienter får tilbud om digital pasientportal og e-konsultasjon som supplement til, eller erstatning for, tradisjonelle konsultasjoner på sykehus. Tilbudet i digital pasientportal varierer, men i hovedsak får pasienter tilgang på egne helseopplysninger og mulighet til å kommunisere med sine behandlere.

Hensikt: Hensikt med studien var å utforske helsepersonells forventninger til å ta i bruk e-konsultasjon i digital pasientportal for poliklinisk oppfølging av pasienter med alvorlig kronisk sykdom.

Metode: Studien har et utforskende kvalitativt design hvor det ble gjennomført ni semi-strukturerte individuelle intervju av helsepersonell. Utvalget bestod av sykepleiere (n=4) og leger (n=5). Materialet ble analysert med tematisk innholdsanalyse.

Resultater: Informantene mente at pasienter som får tilbud om oppfølging via e-konsultasjon må oppfylle visse kriterier, deriblant ha tilstrekkelig norskkunnskaper, digitale ferdigheter og høy grad av helseinformasjonsforståelse. De var bekymret for at e-konsultasjon i for liten grad sikrer faglig forsvarlig helsehjelp, ettersom muligheten til å observere og gjøre kliniske undersøkelser reduseres. Informantene forventet, at selv om e-konsultasjon kan ha potensial til å effektivisere det daglige arbeidet, vil det likevel endre rutiner og kreve en omorganisering av praksis.

Konklusjon: Funnene i studien viser at helsepersonell er bekymret for hvorvidt e-konsultasjon sikrer faglig forsvarlig helsehjelp, samtidig som de forventet at den kan endre praksis og organisering av helsetjenesten. Å lytte til helsepersonell i både implementering, bruk og videre utvikling av digitale tjenester, for å sikre at det ytes faglig forsvarlig helsehjelp, bør derfor være en viktig prioritet fremover.

Nøkkelord: Digital pasientportal, e-konsultasjon, semi-strukturert intervju, faglig forsvarlig helsehjelp

INNLEDNING

Helse- og omsorgstjenesten blir stadig mer digitalisert (1, s.6). Digitale tjenester har potensial til å overta og effektivisere områder av helsetjenesten, redusere helseutfordringene i samfunnet, effektivisere pasientforløp, og samtidig gi pasienten bedre muligheter til å medvirke i behandlingsvalg. Samtidig er det viktig å sikre at pasienter har tilgang på enkle og trygge digitale tjenester for å styrke deres brukermedvirkning (2, s.10). Denne artikkelen ser på helsepersonells forventninger til å ta i bruk e-konsultasjon i digital pasientportal i MinJournal (3). Pasienter med en alvorlig, kronisk sykdom vil få tilbud om en mer fleksibel poliklinisk oppfølging, ved at noen kontroller flyttes til interaksjon i en digital pasientportal i stedet for tradisjonell konsultasjon.

Digital pasientportal – tidligere forskning

Digital pasientportal tilbyr tjenester som gjør det mulig for pasienter å ha tilgang på egen helseinformasjon, bestille resepter og ha tekstbasert elektronisk konsultasjon (e-konsultasjon) med helsepersonell. E-konsultasjon innebærer trygg og sikker asynkron kommunikasjon med behandlere (4). På tross av stadig mer forskning på digitale tjenester i helsesektoren, er det lite som beskriver betydningen av disse, fordi metodene for å evaluere og undersøke effekt er oppstykket og fragmentert (5). Det er imidlertid dokumentert at bruk av tjenester i digital pasientportal kan forbedre pasientens mestringsfølelse og kontroll over egen helse, dersom den er tilpasset den enkelte pasientgruppe (6, 7). Bruk av e-konsultasjon kan også forbedre pasientsikkerhet og klinisk omsorg, og styrke beslutningstaking hos pasienter med kroniske sykdommer, der betydningen av egenoppfølging og egendisiplin er store (8). Flere områder i primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge har tatt i bruk e-konsultasjon via digital pasientportal, og alt tyder på at bruken vil øke fremover (9, s.28). Bare som følge av viruspandemien covid-19 økte antall e-konsultasjoner i Norge med 300 prosent fra uke 11 til 12 i 2020 (10).

Pasientens forutsetninger

Å øke pasientens empowerment regnes som et av de viktigste målene med digitale helsetjenester (11). Med empowerment menes personers evne til å ta kontroll over egen helse (12). Pasienter som aktivt benytter pasientportaler forteller om mer brukermedvirkning, selvkontroll og engasjement om egen helse (13). Det forutsetter imidlertid at portalenes brukervennlighet står i samsvar med pasientens helseinformasjonsforståelse (13). «Helsekompetanse eller helseinformasjonsforståelse, er personers evne til å forstå, vurdere og

anvende helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse» (1, s.5).

Yngre pasienter med høy helseinformasjonsforståelse, digital kompetanse og kronisk sykdom benytter i større grad digital pasientportal enn andre pasientgrupper (14). Forskning dokumenterer også at pasienter som anvender digital pasientportal har større tillit til behandlerne sine (4). Mestringsevne, helseinformasjonsforståelse, etnisitet, utdanning og kunnskap om egen sykdom beskrives som faktorer som påvirker pasienters bruk og nyttiggjørelse av digital pasientportal (8, 15). Årsaker til at pasienter ikke bruker tjenesten kan være usikkerhet om hvorvidt personsensitive opplysninger blir behandlet konfidensielt, dårlig erfaring, eller at de ikke er klar over tilbudet (16, 17).

Helsepersonells forventninger og erfaringer

Flere faktorer har betydning for vellykket implementering og bruk av e-konsultasjon i digital pasientportal. Det er, i tillegg til helsepersonells ferdigheter, en viktig forutsetning at det avsettes nok tid til grundig opplæring og informasjon (8, 11). Helsepersonells holdninger til innovasjon og endring, samt nytteverdi og brukervennlighet, anses også som avgjørende faktorer. Samtidig er helsepersonells engasjement rundt digital pasientportal betydningsfullt for pasienters deltakelse i portalene (17). Helsepersonell mener at pasientens grad av helseinformasjonsforståelse er avgjørende for hvorvidt pasienten anvender tjenester i en digital pasientportal (17). Samtidig antar de at enkelte pasienter ikke kommer til å bruke e-konsultasjon fordi de ikke er i stand til det, eller ikke er interessert, til tross for at de er i stand til det (11, 18). Motivasjon og engasjement hos helsepersonell anses som tilretteleggere for bruk, mens mangel på ressurser, grad av tilgjengelighet og fravær av oppfattet nytteverdi anses som barrierer (19). Forskning viser også at helsepersonell frykter at deres profesjonelle autonomi trues når pasienten får en mer aktiv rolle i e-konsultasjonen (11). I forbindelse med covid-19-pandemien viser preliminnære data fra en spansk studie en drastisk økning i antall e-konsultasjoner som følge av tiltak for sosial distansering. Tidligere opplevde barrierer for implementering er tilsynelatende borte eller redusert (20).

Hensikt med studien

Hensikten med studien er å utforske helsepersonells forventninger til implementering og bruk av e-konsultasjon i digital pasientportal ved poliklinisk oppfølging av pasienter med en alvorlig kronisk sykdom.

METODE

Studien har et utforskende kvalitativt design med semi-strukturerte individuelle intervju som metode for datainnsamling. Vi valgte dette designet for å få mer innsikt i den enkeltes syn på e-konsultasjon.

Utvalg og prosedyre

Ni av elleve mulige informanter ble rekruttert, både sykepleiere (n=4) og leger (n=5), ved en poliklinisk avdeling på et sykehus i Norge. Poliklinikken skulle delta i et pilotprosjekt og ta i bruk e-konsultasjon via digital pasientportal i oppfølging av et utvalg pasienter. E-konsultasjonen består her av asynkron skriftlig kommunikasjon mellom pasienter og behandlere. Pasienten skal fylle ut et skjema skriftlig før konsultasjon. Dette skjemaet følger i stor grad helsepersonells prosedyre for fysisk konsultasjon med pasienter med den aktuelle sykdommen. Helsepersonell får beskjed når pasienten har sendt skjemaet, og kan besvare og stille spørsmål, fornye resepter, og avtale videre behandling.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av en semi-strukturert intervjuguide som var utarbeidet sammen med veiledere. Intervjuene ble utført på informantenes arbeidssted, høsten 2019. Det ble gjort lydopptak som varierte i lengde fra 13 til 45 minutter. Disse ble transkribert ordrett.

Dataanalyse

Det transkriberte datamaterialet ble kodet og tematisk analysert etter fremgangsmetoden til Braun og Clarke (21). Først ble meningsbærende enhet i transkripsjonen identifisert og kodet. Deretter ble kodene tematisert i ulike underkategorier som ble samlet til tre hovedtemaer (tabell 1).

Etiske overveielser

Det var frivillig å delta i studien. Deltakerne mottok samtykkeskjema og signerte med navn og dato. Alle opplysninger er anonymisert og behandlet konfidensielt. Lydopptakene ble utført via mobil enhet og sendt direkte til Tjenester for Sensitive Data. Studien var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (428901) og personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (19/21438).

RESULTATER

Informantene fortalte om flere forventninger til å implementere og ta i bruk e-konsultasjon via digital pasientportal. Hovedtemaene som kom frem i analysen var seleksjon av pasienter, faglig forsvarlig helsehjelp og reorganisering av praksis (figur 1).

Seleksjon av pasienter

Informantene var enige om at tilbud om e-konsultasjon er mest egnet for pasienter som selv ønsker slik poliklinisk oppfølging, og at de må oppfylle visse kriterier eller forutsetninger:

«Dette er for de som går én gang i året, men som ikke synes det er noe vits og som føler seg friske. De må jo sikkert være litt interessert, for det er jo litt å sette seg inn i, du må jo ha en PC, du må jo kunne skrive norsk, så det er absolutt ikke noe for alle.» (Informant 1).

Flere informanter, både sykepleiere og leger, forventet at kommunikasjonen med pasienter via e-konsultasjon kan bli uoversiktlig dersom pasientene ikke er ryddige: *«Når du skal sitte og skrive og chatte med en pasient, så kan det bli veldig mye frem og tilbake hvis de ikke er veldig ryddige.»* (Informant 2). En annen informant sa: *«Forventningene mine er at pasientene er klar over hva det går ut på, slik at de ikke forventer å få mer hjelp fra oss eller kan bruke det hyppigere enn det som er utgangspunktet.»* (Informant 5).

Dette viser at informantene var opptatt av at pasienter som skal få tilbud om e-konsultasjon har de nødvendige ressursene, er interesserte og har tilstrekkelige norskerferdigheter og forstår premissene. I tillegg bør de være i stabil fase av sykdommen.

Faglig forsvarlig helsehjelp

Det ble fremhevet at fravær av kliniske undersøkelser og observasjoner kan medføre at pasientene over tid kan bli sykere fordi innarbeidede rutiner ved standard konsultasjon utgår:

«Det er klart det er farer ved å ikke se pasienten. Det kan ha skjedd noe med medisiner eller bivirkninger som de ikke har tenkt på å spørre om og ikke merket selv.» (Informant 2). En annen sa:

«Det er fint å se pasienten, for da ser man kroppsspråk, hvordan pasienten har det, endringer i vekt, utseende, hud, alle disse praktiske tingene som man ikke klarer å se når man skriver til hverandre.» (Informant 5).

Økt risiko for misforståelser ved bruk av e-konsultasjon var også noe informantene pekte på og var bekymret for: *«Det jeg synes er dumt med det er at ting kan misforstås [...] Sender du et skriftlig svar så vet du ikke om mottakeren har forstått det du har skrevet, så lenge de da ikke svarer tilbake og spør da, men de tror kanskje at de har forstått det, men jeg vet ikke om de har forstått det.»* (Informant 3).

Alle informantene var bekymret for hvordan bruk av e-konsultasjon kan påvirke forholdet de har til pasientene og mulige negative innvirkninger på behandlingen og oppfølgingen: *«Jeg tror vi overser veldig mye og at vi i tillegg mister en sånn kontakt som vi har når vi sitter sammen i samme rom. Det er ikke på langt nær alt som kan erstattes digitalt, det er jeg helt overbevist om.»* (Informant 9).

Det ble også poengtert at pasienter kan ha behov for den sosiale og mellommenneskelige kontakten som ligger i fysiske konsultasjoner: *«Vår jobb er å gjøre deres tilværelse så normal som mulig [...] For enkelte er vi de eneste i verden som vet at de har denne sykdommen.»* (Informant 2). Samtidig var det flere som trodde at bruk av e-konsultasjon kan føre til at pasientene tør å åpne seg mer: *«For noen kan det jo være en bedre måte å tørre å åpne seg hvor de syns det er lettere å prate om vanskelige ting når man fysisk ikke sitter sammen [...] Det er kanskje lettere å skrive enn å si det face to face.»* (Informant 5).

Informantene var altså opptatt av vilkårene for hvorvidt faglig forsvarlig helsehjelp ivaretas ved bruk av e-konsultasjon, når mulighet til å observere pasienten direkte reduseres. I tillegg var de bekymret for at digital kommunikasjon kan påvirke den mellommenneskelige relasjonen og dermed ha negative konsekvenser for pasienten.

Reorganisering av praksis

Flere trodde at det ville bli tidkrevende å både implementere og yte helsehjelp via e-konsultasjon: *«Det må ta mer tid, for nå skal pasienten skrive spørsmålet sitt og så skal jeg vente på at det kommer opp på min skjerm, så skal jeg skrive tilbake [...] At pasienten slipper å komme hit er effektivt for han, men jeg tror ikke det blir mer effektivt for meg. Jeg tror det blir mer jobb.»* (Informant 1).

Mange fremhevet at e-konsultasjon ikke nødvendigvis ville effektivisere arbeidshverdagen, men dersom det gjorde det, kunne det frigjøre tid: *«Jeg tror ikke det blir mindre å gjøre, men hvis det er innenfor visse rammer kan det bli et greit supplement [...] Hvis vi sparer tid, kan vi bruke den tiden på pasienter som er mer trengende.»* (Informant 9).

Informantene var også opptatt av å lage rutiner for bruk av e-konsultasjon: *«Vi må jo legge om arbeidssituasjonen vår. Hvis vi skal sitte med dette må vi ha mulighet til å sitte helt uforstyrret [...] Vi må lage noen rutiner på hvordan vi vil ha det.»* (Informant 5).

At e-konsultasjoner likestilles ordinær konsultasjon, både tidsmessig og økonomisk, var noe alle informantene mente var viktig: «*At det blir satt av tid i timebok og at det blir betalt for på lik linje som en fysisk konsultasjon, slik at det ikke blir usynlig merarbeid.*» (Informant 8).

Oppsummert forventet ikke informantene at e-konsultasjon vil effektivisere arbeidet, og de mente at den må likestilles med ordinær konsultasjon.

DISKUSJON

Faktorer som påvirker e-konsultasjon

Informantene mente at en viktig forutsetning for at pasienter skal få tilbud om e-konsultasjon er i et veletablert og stabilt behandlingsforløp, hvor pasientene administrerer medisiner etter forordning og gjennomfører nødvendig egenobservasjon. Dersom de har god innsikt i egen sykdom og høy grad av helseinformasjonsforståelse, øker sannsynligheten for å anvende og nyttiggjøre seg e-konsultasjonen. Når pasientene følges opp digitalt, må de selv observere og vurdere symptomer i større grad enn tidligere. De må kunne formidle endringer til helsepersonell og forstå det som blir kommunisert tilbake, hvilket innebærer både gode språkferdigheter og akseptabel helseinformasjonsforståelse (15, 22, 23). Pasientene må ha tilstrekkelig digital kompetanse, interesse for digitale tjenester, og tilgang på PC eller smarttelefon for å logge seg på pasientportalen (17). Helsepersonell må videre ha tillit til at pasientene har tilstrekkelig forståelse for egen helsesituasjon og deler relevante opplysninger. I en studie hvor pasienter med diabetes fikk veiledning av helsepersonell via e-konsultasjon, var det avgjørende at det første møtet var ansikt-til-ansikt. Slik ble et empatisk forhold etablert og de kunne legge en hensiktsmessig plan for vellykket digital veiledning sammen (24). E-konsultasjon bør derfor settes inn i en behandlingskontekst der pasienter og helsepersonellet kjenner hverandre fra tidligere.

Et annet sentralt funn i denne studien er informantenes bekymring for at faglig forsvarlig helsehjelp ikke ytes i tilstrekkelig grad ved e-konsultasjon. Dette knyttes spesielt til at muligheten for kliniske observasjoner og undersøkelser reduseres, og at endringer eller symptomer hos pasienten oppdages senere enn ved ordinære konsultasjoner. Det kan kreve høyere kliniske ferdigheter hos helsepersonell for å avdekke symptomer og behov hos pasienten via e-konsultasjon (25). Informantene pekte også på fare for misforståelser, ettersom det blir vanskeligere å vite hvorvidt pasienten har forstått informasjonen. E-konsultasjon stiller også større krav til at pasienten klarer å gjøre seg forstått skriftlig. Det er dokumentert at helsepersonell er opptatt av formuleringer og tilpasser språket for å unngå

misforståelser ved bruk av e-konsultasjon. De mener det er lettere å oppdage hvorvidt pasienten har forstått det som blir formidlet ansikt-til-ansikt enn ved skriftlig kommunikasjon, hvilket er en kvalitet ved fysisk konsultasjon (18, 22, 25). Hensiktsmessig seleksjon av pasienter som får tilbud om e-konsultasjon, med vektlegging av språkferdigheter og helseinformasjonsforståelse, kan være avgjørende for å sikre faglig forsvarlighet og redusere forekomsten av misforståelser.

Informantene antok at det var trygt å bruke e-konsultasjon og at personvernet var ivaretatt, og pekte på at portalen må være både brukervennlig og effektivt for at den skal være faglig nyttig. Dette samsvarer med forskning som fremhever at de digitale tjenestene må være effektive og brukervennlige for at de skal anvendes, og at utviklingen av slike tjenester bør involvere pasienter og helsepersonell for at dette skal oppnås (7, 16). Informantene antok at få pasienter ville ønske å benytte seg av tilbudet, fordi de trodde at pasienter foretrekker direkte kommunikasjon med helsepersonell. Dette understøttes i forskning der pasienter som ikke benytter e-konsultasjon sier de foretrekker fysisk konsultasjon, og tror at forholdet til helsepersonell vil endres (4, 26, 27). Pasienter som har benyttet digitale tjenester opplevde imidlertid større tilfredshet og var mer aktive i beslutningsprosesser. De mente det forenklet behandlings- og oppfølgingsforløpet ved at de kunne se laboratoriesvar og oppdatere egne helseopplysninger fortløpende (23, 28). Informantene anser det sosiale og mellommenneskelige samspillet som oppstår i den fysiske konsultasjonen, som sentralt i helsehjelpen til den aktuelle pasientgruppen. Mens noen trodde at pasientene vil bli mer ærlige og ta opp problemstillinger de ellers ikke ville spørre om, var andre bekymret for at pasientene kunne bli mer isolert fordi de mister en mulighet til å dele erfaringer om sykdommen sin. Informantene i studien forventet at forholdet til pasientene vil endres med e-konsultasjon, noe som samsvarer med forventningene til helsepersonell i en finsk studie om implementering av digital pasientportal (11).

E-konsultasjonens nytteverdi

Ved implementering av e-konsultasjon forventer helsepersonell en omlegging av praksis, og de er opptatt av at kvaliteter videreføres fra tradisjonell konsultasjon. Informantene antok at e-konsultasjon vil medføre økt arbeidsmengde fordi pasientene får enda en kanal å nå dem på. Dette støttes i en studie hvor helsepersonell uttrykte bekymringer for ikke-intenderte konsekvenser ved bruk av e-konsultasjon. De fryktet at pasientene som benyttet den nye konsultasjonsformen likevel måtte ringe avdelingen for å avklare misforståelser i meldingsutvekslingen (29). Enkelte informanter forventet fortsatt behov for telefonkontakt med pasienter, da ikke alt kan avklares digitalt. Dette beskriver også McInnes og kollegaer

(30). For å unngå merarbeid med e-konsultasjon, mente både sykepleiere og leger at bruk av tjenester i digital pasientportal må ha tydelige retningslinjer som pasienter og helsepersonell er innforstått med. Tydelige rammer for bruk anses som viktig for å unngå økt arbeidsmengde (29). Informantene mente dessuten at de digitale konsultasjonene må likestilles med ordinære konsultasjoner, både økonomisk og tidsmessig, noe som støttes i en annen norsk studie (25). Informantene ser ingen umiddelbar nytteverdi med e-konsultasjon i eget arbeid, men tror imidlertid at det kan være nyttig for pasientene. Når det er sagt, tror de, at dersom det kan effektivisere arbeidet, kan det frigjøre tid som kan brukes på pasienter som trenger mer oppfølging. Dette var imidlertid før covid-19. Behovet for løsninger som ikke krever oppmøte har blitt høyaktualisert og kan ha en helt annen opplevd nytteverdi i dag. Mange av covid-19-tiltakene baserer seg på synkron videokonsultasjon og ikke asynkron, tekstbasert, prosedyrestyrt kommunikasjon. Dette kan påvirke helsepersonells forventning til hvorvidt pasienter vil ønske å benytte e-konsultasjon.

Studiens begrensninger

Flere resultater fra denne kvalitative studien sammenfaller med tidligere forskning, noe som kan styrke funnenes troverdighet. Funnene kan derfor ha en viss overføringsverdi til andre polikliniske avdelinger som skal ta i bruk e-konsultasjon til pasienter med kronisk sykdom. En svakhet ved studien er at data er hentet fra kun ni informanter. Disse informantene hadde imidlertid god kjennskap til den aktuelle praksisen og representerte både sykepleiere og leger. Dette kan styrke studiens troverdighet. Intervjuer og transkripsjoner er utført av forfatteren, mens deler av kodingen og analysen er gjort i samarbeid med veiledere for å kvalitetssikre arbeidet. Materialet er samlet inn høsten 2019, og covid-19-erfaringene våren 2020 kunne påvirket studien, selv om det er grunn til å tro at funnene omkring faglig forsvarlig helsehjelp ikke vil endre seg.

KONKLUSJON

Helsepersonellet var opptatt av hvorvidt e-konsultasjon sikrer faglig forsvarlig helsehjelp. De påpekte at seleksjon av pasienter er nødvendig for at tilbudet skal være faglig forsvarlig. I tillegg mente helsepersonell at omorganisering av praksis var viktig for vellykket bruk av e-konsultasjon. Mer forskning om e-konsultasjon og digital pasientportal, samt metoder som måler effekt, er nødvendig for å forstå kompleksiteten rundt bruk. Videre forskning om helsepersonells og pasienters erfaringer med bruk av e-konsultasjon er viktig i utviklingen av digitale tjenester, slik at de tilfredsstillende krav om pasientsikkerhet, forsvarlighet og samtidig oppleves som nyttige og effektive for både pasienter og helsepersonell.

REFERANSER

1. Helse -og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023 [Internett]. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet; 2019 [09.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/> (nedlastet 02.03.2020).
2. Meld. St. nr. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet; 2012
3. Helse Sør-øst. MinJournal [Internett]. 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.minjournal.no/ikbViewer/page/minjournal/forsiden> (nedlastet 07.05.2020).
4. Anthony D, Campos-Castillo C, Lim P. Who Isn't Using Patient Portals And Why? Evidence And Implications From A National Sample Of US Adults. Health Affairs 2018;37(12):1948-54. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05117> (nedlastet 02.09.2019).
5. O'Connor S, Hanlon P, O'Donnell CA, Garcia S, Glanville J, Mair FS. Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: a systematic review of qualitative studies. BMC Med Inform Decis Mak 2016;16(1):120. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0359-3> (nedlastet 24.04.2020).
6. Lancaster K, Abuzour A, Khaira M, Mathers A, Chan A, Bui V, et al. The Use and Effects of Electronic Health Tools for Patient Self-Monitoring and Reporting of Outcomes Following Medication Use: Systematic Review. J Med Internet Res 2018;20(12):e294. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2018/12/e294/> (nedlastet 29.04.2020).
7. Huygens M, Vermeulen J, Swinkels I, Friele R, de Witte L. Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. BMC Health Serv Res 2016;16(1):232. Tilgjengelig fra: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1484-5> (nedlastet 24.04.2020).
8. Zanaboni P, Ngangue P, Mbemba GIC, Schopf TR, Bergmo TS, Gagnon MP. Methods to Evaluate the Effects of Internet-Based Digital Health Interventions for Citizens:

Systematic Review of Reviews. J Med Internet Res 2018;20(6):e10202. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2018/6/e10202/> (nedlastet 24.04.2020).

9. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse. E-konsultasjon og triage hos fastlege. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. IS-2867. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse; 2019 [01.11.2019] [Oppdatert 05.12.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse> (nedlastet 19.03.2020).

10. Direktoratet for e-helse. Kraftig økning i bruk av digitale helsetjenester under koronakrisen [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2020 [Oppdatert 18.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/aktuelt/korona-okt-bruk-av-digitale-helsetjenester-i-befolkningen> (nedlastet 23.03.2020).

11. Kujala S, Hörhammer I, Kaipio J, Heponiemi T. Health professionals' expectations of a national patient portal for self-management. Int J Med Inform 2018;117:82-7. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.06.005> (nedlastet 20.04.2020).

12. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion: World Health Organization; 1986. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> (nedlastet 22.05.19).

13. Tulu B, Trudel J, Strong DM, Johnson SA, Sundaresan D, Garber L. Patient Portals: An Underused Resource for Improving Patient Engagement: An Underused Resource for Improving Patient Engagement. Chest 2016;149(1):272-7. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1378/chest.14-2559> (nedlastet 27.04.2020).

14. Hoogenbosch B, Postma J, De Man-Van Ginkel JM, Tiemessen NAM, Van Delden JJM, Van Os-Medendorp H. Use and the users of a patient portal: Cross-sectional study. J Med Internet Res 2018;20(9):e262. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2018/9/e262/> (nedlastet 29.04.2020).

15. Javier SJ, Troszak LK, Shimada SL, McInnes DK, Ohl ME, Avoundjian T, et al. Racial and ethnic disparities in use of a personal health record by veterans living with HIV. J Am Med Assoc 2019;26(8-9):696-702. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz024> (nedlastet 24.04.2020).

16. Otte-Trojel T, de Bont A, Rundall TG, van de Klundert J. What do we know about developing patient portals? a systematic literature review. *J Am Med Inform Assoc* 2015;23(e1):e162-e8. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/jamia/article/23/e1/e162/2379787> (nedlastet 24.04.2020).
17. Kooij L, Groen WG, van Harten WH. Barriers and Facilitators Affecting Patient Portal Implementation from an Organizational Perspective: Qualitative Study. *J Med Internet Res* 2018;20(5):e183. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2018/5/e183/> (nedlastet 20.04.2020).
18. Grünloh C, Myreteg G, Cajander Å, Rexhepi H. "Why Do They Need to Check Me?" Patient Participation Through eHealth and the Doctor-Patient Relationship: Qualitative Study. *J Med Internet Res* 2018;20(1):e11. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2018/1/e11/> (nedlastet 24.04.2020).
19. Zhao JY, Song B, Anand E, Schwartz D, Panesar M, Jackson GP, et al. Barriers, Facilitators, and Solutions to Optimal Patient Portal and Personal Health Record Use: A Systematic Review of the Literature. *AMIA Annu Symp Proc* 2017;2017:1913-22. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29854263/> (nedlastet 24.04.2020).
20. Pérez Sust P, Solans O, Fajardo JC, Medina Peralta M, Rodenas P, Gabaldà J, et al. Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the COVID-19 Outbreak. *JMIR Public Health Surveil* 2020;6(2):e19106. Tilgjengelig fra: <https://publichealth.jmir.org/2020/2/e19106/> (nedlastet 28.05.2020).
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101. Tilgjengelig fra: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa> (nedlastet 04.11.2019).
22. Irizarry T, Dabbs AD, Curran CR. Patient Portals and Patient Engagement: A State of the Science Review. *J Med Internet Res* 2015;17(6):e148. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2015/6/e148/> (nedlastet 24.04.2020).
23. Kruse CS, Bolton K, Freriks G. The effect of patient portals on quality outcomes and its implications to meaningful use: a systematic review. *J Med Internet Res* 2015;17(2):e44-e. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2015/2/e44/> (nedlastet 05.03.2020).
24. Brandt CJ, Søgaaard GI, Clemensen J, Søndergaard J, Nielsen JB. Determinants of Successful eHealth Coaching for Consumer Lifestyle Changes: Qualitative Interview Study

Among Health Care Professionals. *J Med Internet Res* 2018;20(7):e237. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2018/7/e237/> (nedlastet 25.05.2020).

25. Das A, Faxvaag A, Svanæs D. The Impact of an eHealth Portal on Health Care Professionals' Interaction with Patients: Qualitative Study. *J Med Internet Res* 2015;17(11). Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2015/11/e267/> (nedlastet 29.04.2020).

26. Zickmund S, Hess R, Bryce C, McTigue K, Olshansky E, Fitzgerald K, et al. Interest in the Use of Computerized Patient Portals: Role of the Provider–Patient Relationship. *J Gen Intern Med* 2008;23(Supplement 1):20-6. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-007-0273-6> (nedlastet 17.03.2020).

27. Lyles CR, Allen JY, Poole D, Tieu L, Kanter MH, Garrido T. "I want to keep the personal relationship with my doctor": Understanding barriers to portal use among african americans and latinos. *J Med Internet Res* 2016;18(10). Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2016/10/e263/> (nedlastet 28.04.2020).

28. Wong JIS, Steitz BD, Rosenbloom ST. Characterizing the impact of health literacy, computer ability, patient demographics, and portal usage on patient satisfaction with a patient portal. *JAMIA Open* 2019;2(4):456-64. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz058> (nedlastet 28.04.2020).

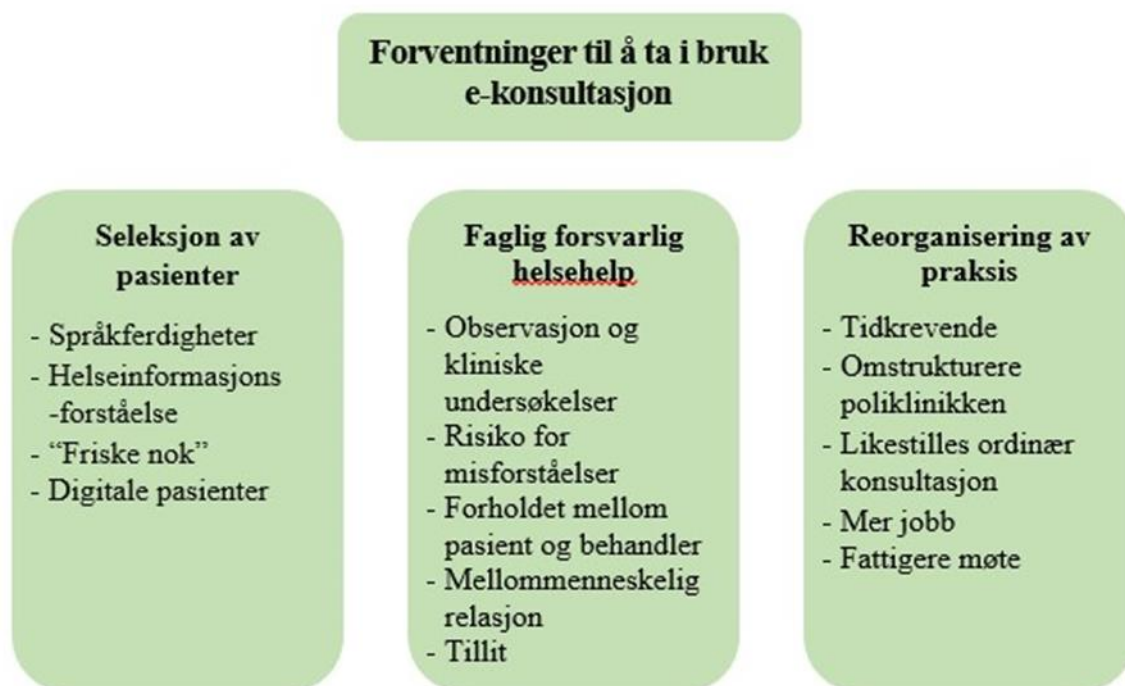
29. Miller DP, Jr., Latulipe C, Melius KA, Quandt SA, Arcury TA. Primary Care Providers' Views of Patient Portals: Interview Study of Perceived Benefits and Consequences. *J Med Internet Res* 2016;18(1):e8. Tilgjengelig fra: <https://www.jmir.org/2016/1/e8/> (nedlastet 25.04.2020).

30. McInnes DK, Solomon J, Bokhour B, Asch S, Ross D, Nazi K, et al. Use of electronic personal health record systems to encourage HIV screening: an exploratory study of patient and provider perspectives. *BMC Res Notes* 2011;4:295. Tilgjengelig fra: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-4-295> (nedlastet 17.03.2020).

Tabell 1. Analyseprosess av utdrag fra transkripsjonen.

Transkripsjon	Kode	Underkategori	Tema
«Noen pasienter opplever kanskje at e-konsultasjon kan bli bra for dem, men da må jeg være sikker på at informasjonen de gir er reell og riktig.» (Informant 5).	Stole på at pasienten er ærlig	Tillitsforhold mellom pasient og behandler	Faglig forsvarlighet
«Jeg ser om folk har tapt seg i vekt, om de ser triste ut, jeg kan stille spørsmål om hvordan det går, og dersom de nøler litt så kan jeg liksom grave, jeg kan lese ansiktsuttrykket på en helt annen måte enn i den elektroniske meldingen. Ved e-konsultasjon blir det bare fokus på blodprøver og sånn, og jeg tenker at akkurat i forhold til den pasientgruppen der, så syns jeg ikke noe særlig om det, at jeg mister det.» (Informant 4).	Mister muligheten til å se pasienten ved e-konsultasjon	Ulemper ved e-konsultasjon	Faglig forsvarlighet

Figur 1. Tema og underkategori fra analyse av intervju med helsepersonell.



Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Forfatterveiledning

Om Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. *Sykepleien Forskning* publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. *Sykepleien Forskning* inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

Lengde på manuskriptet

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer, men disse bør ikke overskride 4000 ord.

Format og oppsett

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Manuskriptets innhold

Artiklene skal struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#) (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (main document) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatternes navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (*abstract*)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk [sammendrag](#). Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

Tekst

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på *Sykepleien Forsknings* [hjemmeside](#), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

[Introduksjon](#) til emnet/tematikken og *bakgrunn* for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

[Metodedel](#). Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrise i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). [Figurer og tabeller](#) skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter [Vancouver-systemet](#). Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

Følg brev til redaktør (*cover letter*)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for *Sykepleien Forsknings* lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

Innsending av manuskript

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskripthåndteringssystem ScholarOne, via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfelleevalueringen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også tittelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Oversetting til engelsk

Alle forskningsartikler i *Sykepleien Forskning* blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge [Vancouver-reglene](#) for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettside: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter».

Sist oppdatert 09/2019

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Digitale pasientforløp”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsepersonells forventninger til implementering av digitale pasientforløp og bruk av e-konsultasjon i poliklinisk oppfølging av pasienter med en alvorlig kronisk sykdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Digitalisering og bruk av ulike teknologiske løsninger inngår i stadig flere deler av helsetjenesten. E-konsultasjon er eksempel på en digital tjeneste for å følge opp behandling og i gi pasienten bedre muligheter til å være involvert og medvirke i behandling. Digitalisering kan bidra til å optimalisere pasientforløp, men er i liten grad tatt i bruk ved sykehuset du jobber på. Derfor er det nødvendig å undersøke forutsetninger for og forventninger til innføring av digitale pasientforløp, slik som e-konsultasjon i MinJournal til pasienter ved en poliklinisk avdeling.

Hensikten med dette mastergradsprosjektet er å undersøke helsepersonells forventninger til, og tidligere erfaringer med, bruk av digital pasientportal i MinJournal i poliklinisk oppfølging av pasienter med en alvorlig kronisk sykdom, i et etablert behandlingsforløp.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo ved professor Anne Moen, Institutt for helse og samfunn er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektet er et samarbeid med sykehuset der du jobber.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette prosjektet skal innhente opplysninger fra helsepersonell som skal arbeide med implementering av digital pasientportal ved bruk av MinJournal. Du og dine kollegaer får spørsmål om å delta i denne studien da avdelingen du arbeider på skal implementere digitale pasientforløp til pasienter som har en alvorlig kronisk sykdom.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, innebærer det deltakelse i et individuelt intervju om dine forventninger til og forutsetninger til implementering av digital pasientportal. Du bestemmer selv hvor mye du ønsker å fortelle. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet, og intervjuet tar ca 30 minutter. Materialet skal senere transkriberes og analyseres.

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. De data du har bidratt til vil da slettes med mindre de allerede er analysert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg, og det vil ikke få betydning for ditt arbeidsforhold.

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.

- Opplysningene vil være tilgjengelige for student Thea Christine Thorshov og hennes veiledere professor Anne Moen og seniorforsker Elin Børøsund.
- Navnet ditt og dine kontaktopplysninger blir erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

- Lydfiler lagres ved Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo, et lagringsområde som tilfredsstillers personvernreglementet.
- Resultatene fra mastergradsprosjektet søkes publisert i en artikkel, og blir presentert ved aktuelle fagkonferanser. Alle opplysninger du har bidratt med vil fremstilles slik at de ikke kan tilbakeføres til deg som person.
- Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Mastergradsoppgaven leveres inn sommer 2020 og prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2020. Dine personopplysninger blir destruert etter prosjektets slutt, og data blir anonymisert med mindre du samtykker til videre oppbevaring av data til følgeforskning/evaluering av e-konsultasjonsprosjektet ved sykehuset. Lydfilene fra intervjuet vil bli oppbevart i TSD 5 år etter prosjektslutt.

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?

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

- Universitetet i Oslo ved masterstudent Thea Christine Thorshov. Tlf.: 95908012. E-post: t.c.thorshov@studmed.uio.no
- Universitetet i Oslo ved professor Anne Moen. E-post: Anne.moen@medisin.uio.no
- Vårt personvernombud, Universitetet i Oslo, personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Moen
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Thea C. Thorshov
student

Elin Børøsund
Biveileder

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Digitale pasientforløp* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju og at lyden av samtalen tas opp, samt at mine opplysninger behandles frem til mastergradsprosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2020*
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til følgeforskning/ evaluering av digitale pasientforløp – hvis aktuelt*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide

1. Tidligere erfaringer

- Har du erfaring med digitale pasientforløp fra tidligere?
- Hva er dine erfaringer med digital pasientportal og eKonsultasjon?
- Er det positive eller negative erfaringer?

2. Opplæring og informasjon

- Hva vet du om digital pasientportal?
 - Hva det innebærer for deg? Og for pasienter?
- Har du fått noe informasjon om digital pasientportal?
- Hva gikk denne informasjonen ut på?
- Savner du noe informasjon? I så fall hva?
- Har du fått noe opplæring i form av undervisning eller praktiske øvelser i forbindelse med digitale pasientforløp?
- Hva har i så fall denne opplæringen gått ut på?
- Dersom nei:
 - Skulle du ønske du hadde fått noe undervisning eller opplæring?
 - Hva slags undervisning eller opplæring kunne du tenke deg?
- Hva mener du er viktig for implementering av digital pasientportal?
 - Hva skal til?
 - Hva må tilpasses?

3. Forventninger til implementering av digitale pasientportaler

- Hva er dine forventninger til implementering av digitale pasientforløp?
- Hvilke fordeler tenker du at digital pasientportal har? Er det nyttig?
 - I så fall hvilke? Og for hvem? (Pasienter / helsepersonell)
 - Kan du utdype?
- Tror du det er noen ulemper? Og i så fall hvilke? For hvem?
- Tror du digital pasientportal er trygt å bruke?
 - Hvorfor/ hvorfor ikke?
- Har du noen bekymringer angående digitale pasientportaler, og hva går i så fall disse bekymringene ut på?

4. Dagens praksis

- Hva gjør dere i dag for å følge opp pasienter? Hva er helsehjelpen dere yter i dag?
- Hvorfor gjør dere det på denne måten?
- Hva er kvaliteten i det tilbudet dere har i dag?
- Hvordan ser du for deg at dette kan videreføres i digitale pasientportaler?
- Har du gjort det opp noen tanker med hva som er bra med dette?
- Er man redd for å miste noe ved digitale pasientportaler? I så fall hva?
- Hvordan ser du for deg at samhandlingen til pasienter blir med digitale pasientportaler?

5. Antatte utfall av implementering av digitale pasientportaler

Vedlegg 3 – Intervjuguide

- Hvordan tror du digital pasientportal kan påvirke forholdet mellom pasient og helsepersonell?
- Tror du digitale pasientportaler og eKonsultasjon kan endre måten man arbeider på? På hvilken måte?
- På hvilken måte tror du digitale pasientportaler kan påvirke arbeidshverdagen? Mer effektiv, mindre effektiv?
- Tror du pasientens brukermedvirkning (empowerment) kan påvirkes ved bruk av digitale pasientportaler? Hvordan da?

Huskeliste:

Kan du forklare det nærmere?

Kan du komme med et eksempel på hva du mener?

Kan du si litt mer?

Fortell oss mer

Si litt mer om det.

Er det noe mer?

Kan du forklare hva du mener?

Jeg forstår ikke helt....

Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Digitale pasientforløp

Referansenummer

428901

Registrert

17.07.2019 av Anne Moen - anne.moen@medisin.uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Moen, anne.moen@medisin.uio.no, tlf: 22850540

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Thea Cecilie Thorshov , t.c.thorshov@studmed.uio.no, tlf: 95908012

Prosjektperiode

17.06.2019 - 31.12.2020

Status

23.07.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

23.07.2019 - 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 med vedlegg 23.07.19. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være

Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank

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 behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg 5 – Godkjenning av Personvernombudet

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Thea Christine Thorshov

Fra: Personvernombudet ved [REDACTED]

Dato: 13.09.2019

Saksnummer:

[REDACTED]

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet: Digitale pasientforløp

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved [REDACTED]
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres avidentifisert. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

[REDACTED]
Personvernombud

[REDACTED]
Personvernrådsgiver

[REDACTED]
[REDACTED]

MASTEROPPGAVENS DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

Helsepersonells forventninger til faglig forsvarlig helsehjelp
ved implementering og framtidig bruk av e-konsultasjon,
refleksjon i lys av aktivitetsteori

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Studiens resultater som kvalitetskriterium	2
1.2	Faglig forsvarlighet	3
1.3	Refleksjonsoppgavens oppbygning og avgrensning	3
2	TEORETISK RAMMEVERK: SOSIOKULTURELLE PERSPEKTIVER OG AKTIVITETSTEORI	5
2.1	Sosiokulturelle perspektiver	5
2.2	Aktivitetsteori	5
3	POLIKLINISK AVDELING SOM ATIVITETSSYSTEM	8
3.1	Subjekt	8
3.2	Objekt	9
3.3	Utfall eller mål	9
3.4	Artefakt eller verktøy	10
3.5	Fellesskap	10
3.6	Regler	11
3.7	Arbeidsdeling	11
4	REFLEKSJON – RESULTATENES BETYDNING SOM KVALITETSKRITERIUM.....	14
4.1	Nye verktøy	14
4.2	Nye arbeidsmåter	15
4.3	Et helsevesen i digital utvikling.....	16
4.4	Helsepersonells rolle i bruk og utvikling av digitale tjenester	18
4.5	Aktivitetsteori som analyseverktøy	19
5	KONKLUSJON	20
	REFERANSELISTE	21

1 INNLEDNING

I denne refleksjonsoppgaven skal jeg reflektere rundt trygg og forsvarlig helsehjelp ved bruk av e-konsultasjon i digital pasientportal, og helsepersonells rolle i utvikling og bruk av digitale tjenester. I artikkelen «Helsepersonells forventninger til implementering og bruk av e-konsultasjon i digital pasientportal» presenteres helsepersonells forventninger til implementering av denne tjenesten for pasienter med en alvorlig kronisk sykdom (Thorshov, 2020). Denne studien viser for det første at helsepersonell forventer at overgang fra ordinær konsultasjon til e-konsultasjon vil kreve en omorganisering av praksis, og for det andre at pasientene som mottar tilbudet må oppfylle visse kriterier. Et tredje viktig funn er at helsepersonell er særlig opptatt av å sikre faglig forsvarlig helsehjelp i overgang til e-konsultasjon i digital pasientportal. Dette funnet danner utgangspunktet for refleksjonsoppgaven.

Digitale tjenester får gradvis større plass i helse- og omsorgssektoren, selv om implementering og bruk tar lengre tid her enn i andre samfunnssektorer (E-helsedirektoratet, 2017, s. 5). Mangel på nødvendige rutiner ved praksis, lite anvendelige digitale systemer, samt hensyn til sikkerhet, personvern og lovverk, har vært til hinder for implementering og bruk (Kooij, Groen & van Harten, 2018). Kultur og holdninger i praksisfellesskapet, tidligere erfaring, og mangel på oppfattet nytteverdi kan også være årsaker til dette (Kooij et al., 2018). På tross av at bruken av helseteknologi og digitale løsninger øker globalt, er det uklart i hvilken grad sikkerheten og tjenesten i helsesektoren forbedres (Sittig et al., 2018). Den pågående covid-19-pandemien har medført en drastisk økning i bruk av digitale tjenester for at helsesektoren skal kunne fortsette å behandle pasienter (Direktoratet for e-helse, 2020, Ohannessian, Duong & Odone, 2020). Ved hjelp av telemedisin og e-konsultasjon, hvor pasienter og helsepersonell har kunnet kommunisert ved hjelp av tekst, bilde og/eller lyd, har man kunnet opprettholde oppfølging og samtidig ta nødvendige smittevernhensyn. Karantenebestemmelser, hjemmeisolasjon, stengte poliklinikker og mangel på beskyttelsesutstyr har resultert i innovative løsninger for å ivareta pasientenes behov for trygg helsehjelp. Krise inspirerer til innovasjon, og covid-19-pandemien har på flere områder bekreftet nettopp dette. Det har skjedd en drastisk økning i bruk av digitale helsetjenester på svært kort tid. Det kan tilsynelatende se ut til at tidligere opplevde barrierer for implementering og bruk er borte eller sterkt redusert (Pérez Sust et al., 2020).

1.1 Studiens resultater som kvalitetskriterium

Temaet for denne refleksjonsoppgaven er knyttet til «resultatenes betydning som kvalitetskriterium». Informantenes oppfatning av og forventning til e-konsultasjon skal ses i lys av aktivitetsteori med et særlig fokus på faglig forsvarlig helsehjelp. Dette var et hovedanliggende for informantene i studien. God kvalitet er viktig for trygge helsetjenester og pasientsikkerhet, og kan samtidig effektivisere og legge føringer for hvordan tjenestene utvikles og endres (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012, s. 11). Å engasjere pasienter i egen helse øker ikke bare sannsynligheten for gode helseutfall, men styrker også kvaliteten på tjenestene (Riippa, Linna & Rönkkö, 2014). Dersom kvalitetsarbeid skal føre til endring og utvikling av praksis, må det oppleves som meningsfylt for ansatte og ledere (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012, s. 9).

Utfordringsbildet handler altså om hvorvidt nye tiltak faktisk bidrar til kvalitetsheving og utvikling av praksis. Derfor er det hensiktsmessig å rette oppmerksomheten mot effektene av tiltakene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012, s. 9, Lancaster et al., 2018). Kvalitet handler ikke bare om effektivitet, men også om verdighet, tilgjengelighet, redusert risiko for skade og utilsiktede konsekvenser. Dette innebærer blant annet å gi pasienter en mer aktiv rolle i utforming av helsetilbudet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012, s. 11) og samtidig bidra til å utvikle tjenester som er pasientsentrerte og designet for å styrke pasientens empowerment (Veinot, Mitchell & Ancker, 2018, Wong, Steitz & Rosenbloom, 2019). Kvalitet er både verdiladet og subjektivt, og består av elementer som både kan endres over tid og komme i konflikt med hverandre (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012, s. 11). Kvalitet handler også om at tjenestene skal ivareta krav om faglig forsvarlighet. Dette innebærer at helsepersonell skal handle i tråd med samfunnets forventninger til dem og deres kvalifikasjoner, samt beskytte pasienten mot handlinger som strider mot normer for faglig forsvarlighet (Norsk Sykepleierforbund, u.å.)

I denne oppgaven reflekterer jeg over informantenes bekymring om hvorvidt faglig forsvarlig helsehjelp ivaretas ved bruk av e-konsultasjon (Thorshov, 2020). Dette ses i lys av sosiokulturelle perspektiver, og spesielt Engeströms videreutvikling av kulturhistorisk aktivitetsteori (Cultural-Historical Activity Theory (CHAT)) (Engeström, 2000). Aktivitetsteori blir brukt som et perspektiv for å reflektere rundt sentrale dimensjoner ved e-konsultasjon, særlig knyttet til faglig forsvarlighet. Aktivitetsteori benyttes derfor til å strukturere og systematisere refleksjonene videre i oppgaven. Ved å kartlegge helsepersonells forventninger til bruk av e-konsultasjon på denne måten, utforsker jeg spenninger og

motsetninger som kan oppstå ved implementering av nye redskaper som man tror vil påvirke praksis. Videre ser jeg nærmere på helsepersonells betydning og rolle i utvikling av digitale tjenester.

1.2 Faglig forsvarlighet

Kvaliteten i helsetjenestene styres i stor grad av samfunnets føringer, lover og retningslinjer. Disse stiller krav til at tjenestene er trygge, sikre og faglig forsvarlige (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012, s. 11). Krav om faglig forsvarlighet er forankret i lovverket, og utdypet i forskrifter og helsepersonells yrkesetiske og faglige retningslinjer. I helsepersonelloven står det følgende: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Kravet om faglig forsvarlighet handler ikke bare om hvordan den enkelte helsearbeider utøver sin praksis, men også hvordan tjenestene organiseres med tanke på ressurser, bemanning og tilrettelegging for forsvarlig praksis. I utdrag fra spesialisthelsetjenesteloven står det:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2).

Som det fremkommer i studien er helsepersonell bekymret over hvorvidt e-konsultasjon i digital pasientportal sikrer faglig forsvarlig helsehjelp til pasienter som får dette tilbudet (Thorshov, 2020). Ifølge lovverket veier nettopp dette hensynet tungt i oppfølging og behandling av pasienter. Derfor skal jeg i denne oppgaven belyse informantenes forventninger og reflektere rundt kvaliteter ved e-konsultasjon.

1.3 Refleksjonsoppgavens oppbygning og avgrensning

I kapittel to presenteres aktivitetsteori som et sosiokulturelt perspektiv. I kapittel tre belyses informantenes forventninger og refleksjoner rundt e-konsultasjon og faglig forsvarlig helsehjelp ved bruk av aktivitetsteori. Ettersom oppgaven tar utgangspunkt i e-konsultasjon som en ny aktivitet i organisasjonen, anvendes aktuell litteratur for å diskutere spenninger og utfordringer. Kapittel fire handler om funnenes betydning som kvalitetskriterium og

helsepersonells betydning og rolle i utvikling av digitale helsetjenester. Jeg anvender teori fra et sosiokulturelt perspektiv for å undersøke utfordringer og spenninger som oppstår når nye redskaper, slik som e-konsultasjon, skal implementeres i et sammensatt praksisfellesskap. Det kunne vært naturlig å drøfte funnene opp mot implementeringsteori, hvor man gjerne ser på hemmende og fremmende faktorer for implementering eller innføring. Bruken av aktivitetsteori er begrunnet i at funnene ikke handler om informantenes erfaringer, men deres forventninger og innretninger før nye redskap tas i bruk. Aktivitetsteori er derfor et effektivt verktøy for refleksjon rundt informantenes forventninger og kan bidra til ny kunnskap om endring av praksis.

2 TEORETISK RAMMEVERK: SOSIOKULTURELLE PERSPEKTIVER OG AKTIVITETSTEORI

I dette kapittelet presenteres et sosiokulturelt perspektiv og aktivitetsteori, som danner rammeverket for refleksjonsoppgaven. Et sentralt premiss for sosiokulturelle perspektiver er at aktivitet oppstår og formes av sosialt samarbeid (Wittek, 2012, s. 53). Faglig forsvarlig helsehjelp ved bruk av e-konsultasjon i oppfølging av polikliniske pasienter er et eksempel på en slik aktivitet i en praksis.

2.1 Sosiokulturelle perspektiver

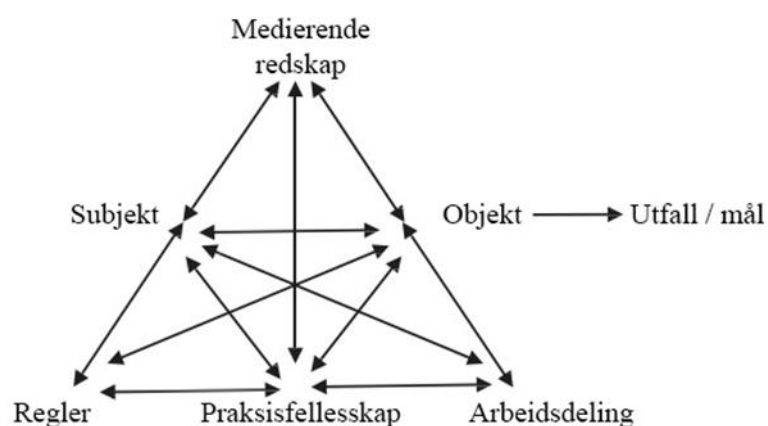
Læring, endring og utvikling blir forstått som grunnleggende sosiale prosesser i sosiokulturelle perspektiver (Wittek, 2012, s. 54). Læring og endring søkes forstått i lys av den sosiale og kulturelle konteksten personen deltar i, og ikke bare individets dimensjoner ved læring. Det betyr at læring og kunnskap konstrueres gjennom samhandling i samspill med andre, og ikke bare gjennom individuelle, mentale prosesser (Wittek, 2012, s. 53). I sosiokulturelle perspektiver ses derfor kunnskap både individuelt og kollektivt og er utviklet gjennom kultur og historie. Dette danner utgangspunkt for hvordan den enkelte lærer både individuelt og i gruppe (Wittek, 2012, s. 63). Sosiokulturelle teorier tar utgangspunkt i ulike perspektiver, deriblant konstruktivisme, kognitivismen, behaviorisme og sosiokulturisme, hvor de ulike perspektivene vektlegger dimensjonene ved endring forskjellig (Tamim & Grant, 2017). Sosiokulturelle perspektiver er over tid videreutviklet av en rekke personer og fagmiljøer. I denne refleksjonsoppgaven skal jeg gå nærmere inn på aktivitetsteori (Engeström, 2000) som tilnærming til lærings- og endringsprosesser innenfor et sosiokulturelt perspektiv, ettersom helsepersonell i studien antar at e-konsultasjon vil endre rutiner ved praksis (Thorshov, 2020).

2.2 Aktivitetsteori

Aktivitetsteori kan brukes for å studere menneskelig praksis som lærings- og utviklingsprosesser (Engeström, 1999). Teorien blir ofte brukt ved etablering av nye rutiner og praksis. Aktivitetsteori blir også kalt for *Cultural-Historical Activity Theory* (CHAT). CHAT fokuserer spesielt på hvordan mennesker bruker redskaper eller instrumenter for å nå et ønsket mål eller resultat (Larsen et al., 2017), og på den historiske konteksten aktiviteten befinner seg i (Sannino & Engeström, 2018). Dette kan være spesielt interessant for å se på klinisk praksis og nye kanaler for å yte helsehjelp, fordi informantene i studien forventer at e-konsultasjon vil endre praksis (Thorshov, 2020). CHAT har blitt brukt til å analysere og

organisere endringsprosesser i skoler og på arbeidsplasser (Sannino & Engeström, 2018). Utviklingen av aktivitetsteori kan deles inn i tre generasjoner (Engeström, 2001). Det var den russiske utviklingspsykologen Lev Vygotskij som først dannet grunnlaget for aktivitetsteori eller CHAT (Vygotskij, 1978, s. 13). Han brukte en trekant som illustrasjon for å vise forholdet mellom det handlende subjektet, objektet for handlingen og det medierende redskapet (Engeström, 2001). Det sentrale premisset i aktivitetsteori er behov for, og bruk av, medierende redskaper, slik som å implementere nye digitale tjenester i helsesektoren. Vygotskij har hatt stor betydning for utvikling av perspektiver på læring og utvikling, og skapte begrepet mediering (Vygotskij, 1978, s. 7). Psykologen Aleksei Leont'ev tolket Vygotskijs teorier og begynte å se på den komplekse relasjonen mellom *subjektet* og *felleskapet* (Engeström, 2001). Yrjö Engeström og kollegaer videreutviklet så aktivitetsteorien til slik den er kjent i dag, ved å utvide Vygotskijs aktivitetsteorimodell med *regler*, *praksisfelleskap* og *arbeidsdeling* (Engeström, 2000). Med *regler* menes rutiner, normer og lover som styrer aktiviteten. *Praksisfelleskap* beskriver i hvilken gruppe aktiviteten befinner seg i, og *arbeidsdeling* innebærer hvem som har ansvar for hva (Engeström, 2001).

Figur 1 Dimensjonene i aktivitetsteori. Oversatt (Engeström, 2001).



Aktivitetsteori tar utgangspunkt i at endring er et resultat av sosial aktivitet. Teorien er et verktøy for å tolke menneskelig tenkning og handling. Aktivitet kan ikke forstås eller analyseres uten kontekst, noe som kalles et aktivitetssystem (Engeström, 2000). Gjennom aktivitetsteori kan man analysere og forklare verden, med mål om å skape utvikling og endring av praksis (Sannino & Engeström, 2018). Et eksempel kan være utarbeidelse av prosedyrer knyttet til nytt medisinskteknisk utstyr. Da er det viktig at prosedyrene utarbeides

sammen med personalet som skal bruke utstyret. Arbeidsmetoder må defineres og beskrives etter gjeldende lover, normer og retningslinjer for å sikre trygg praksis.

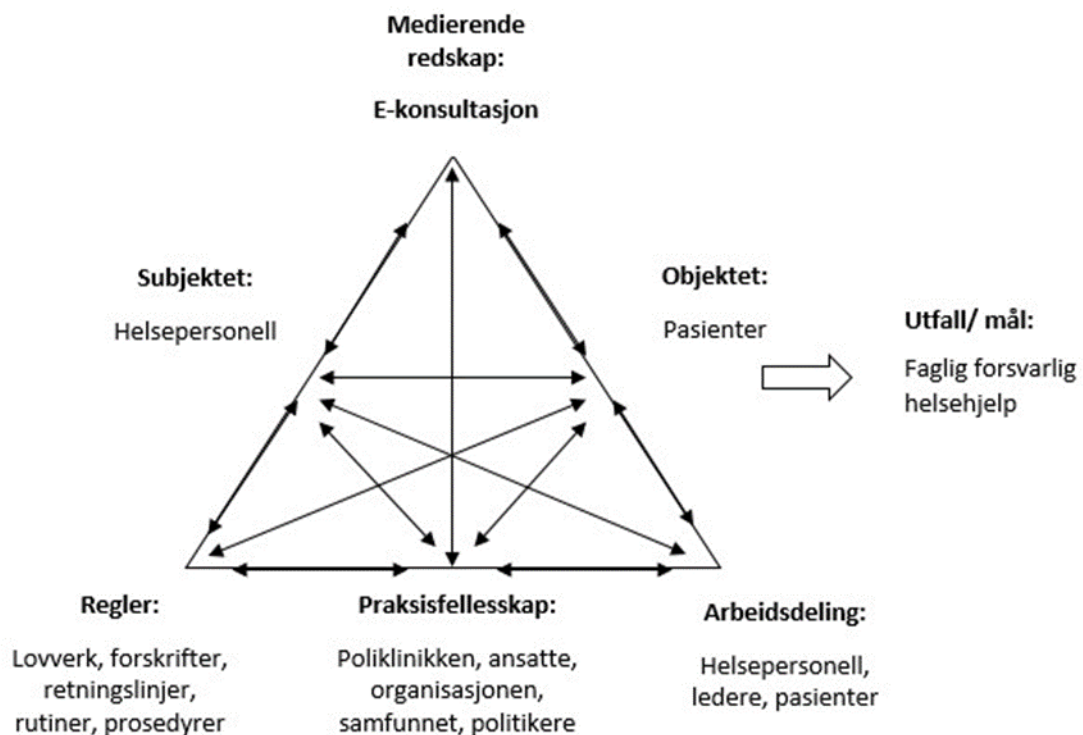
Når man analyserer menneskers aktivitet, undersøker man ikke bare selve aktiviteten, men også hvem som deltar i aktiviteten, hvilke regler og normer som regulerer eller former aktiviteten, og den samfunnsmessige og historiske sammenhengen aktiviteten skjer i. Aktivitetsteori illustreres med en trekant som fremstiller forholdet mellom det handlende *subjektet*, *objektet* eller det man søker å oppnå for handlingen og de *medierende instrumentene* eller *redskapene* (Engeström, 2000). På høyre side av trekanten representeres *subjektet* eller individet som står for handlingen. Venstresiden representerer *objektet* og *målet* eller det ønskede resultatet av aktiviteten. Bunnen av trekanten er fundamentet ved hele aktivitetssystemet, hvor både *regler*, *fellesskap* og *arbeidsdeling* inngår, mens toppen av trekanten representerer det *medierende redskap*, *artefakter* eller *instrument* for å realisere aktiviteten (Engeström, 2000). Elementene står i forhold til hverandre og anvendes når man skal analysere og utvikle prosesser på arbeidsplassen (Kerosuo & Toiviainen, 2011), slik som å implementere nye redskap som e-konsultasjon i klinisk praksis.

Ved å analysere empiriske data ved hjelp av aktivitetsteori kan man utforske spenninger og motsetninger i organisasjonen ved å definere og kartlegge de ulike dimensjonene i utviklingsprosessen (Cleland & Durning, 2019). Slike spenninger eller motsetninger er med på å forme eller drive utviklingen. I tillegg kan aktivitetsteori være et nyttig verktøy for å undersøke hvordan nye redskaper kan endre og påvirke praksis. I denne oppgaven anvendes Engeströms andregenerasjons aktivitetsteori ettersom studien kun har empiri fra ett aktivitetssystem, en poliklinisk avdeling i sykehus (Thorshov, 2020).

3 POLIKLINISK AVDELING SOM ATIVITETSSYSTEM

Når man skal anvende aktivitetsteori for å analysere forventinger til bruk av nye verktøy som del av en utviklingsprosess med empiriske data, må man først etablere hva som er aktiviteten eller konteksten for analysen. I denne refleksjonsoppgaven er aktivitetssystemet den polikliniske avdelingen som skal implementere og bruke e-konsultasjon. Målet for aktiviteten er å yte faglig forsvarlig helsehjelp. På bakgrunn av funnene vil informantenes forventninger til faglig forsvarlighet settes i perspektiv og vurderes ved hjelp av elementene som konstituerer aktivitetsteori (Thorshov, 2020). På denne måten bidrar aktivitetsteori til å strukturere refleksjonen og kartlegge spenningsforholdene knyttet til faglig forsvarlig helsehjelp. Aktiviteten som er gjenstand for endring og vurdering i denne aktivitetsteoretiske analysen er e-konsultasjon i digital pasientportal.

Figur 2 Poliklinisk avdeling som aktivitetssystem.



3.1 Subjekt

Når man har avklart hva som er aktiviteten, kan man etablere hvem som er *subjektet* for handlingen. Med *subjektet* menes individet som jobber i systemet mot *objektet*, altså mottakerne av helsehjelpen, for å nå resultatet eller målet med aktiviteten (Engeström, 2001). I studien er helsepersonellet *subjektet*, og pasientene er *objektet* (Thorshov, 2020).

Helsepersonell skal lære et nytt verktøy for å følge opp og behandle pasienter, og det er deres perspektiver på faglig forsvarlig helsehjelp som analyseres. Informantene er opptatt av reduserte muligheter til å observere og undersøke pasienten, og er redde for at dette kan få negative konsekvenser. Selv om helsepersonell får reduserte muligheter til å utøve sine kliniske ferdigheter via praktiske prosedyrer, er det likevel de som vil ha det medisinske ansvaret ved behandling og oppfølging (Chaet, Clearfield, Sabin & Skimming, 2017). Informantene ønsker tydelige rammer for bruk av e-konsultasjon. I tillegg er de opptatt av at pasientene må ha visse ferdigheter for å få tilbud om e-konsultasjon (Thorshov, 2020). Når pasientene tillegges oppgaver som å observere og rapportere endringer og symptomer, stiller dette høyere krav til helsepersonells kliniske ferdigheter (Das, Faxvaag & Svanæs, 2015).

3.2 Objekt

Objektet peker mot målet for aktiviteten (Engeström, 2001). I denne sammenhengen er pasientene *objektet* fordi målet er at de skal motta faglig forsvarlige tjenester gjennom e-konsultasjon. Samfunnet digitaliseres i økende grad og befolkningen blir stadig mer kompetente ved å erverve ny kunnskap og ferdigheter. Dette medfører høye forventninger til hvordan helsesektoren skal utøve og tilby tjenester (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019, s. 15). Samtidig blir helsetjenestene mer persontilpasset som følge av økt brukermedvirkning og påvirkning (Goldzweig et al., 2013). I denne studien undersøker jeg e-konsultasjon og implementeringen som er satt i gang som følge av brukermedvirkning fra den aktuelle pasientgruppen, og et ønske fra myndighetene om flere digitale tjenester.

3.3 Utfall eller mål

Det ønskede *utfallet* eller resultatet er *målet* med aktiviteten (Engeström, 1999). Det er et tydelig *mål* at e-konsultasjon i digital pasientportal skal være faglig forsvarlig. Funnene viser at informantene er usikre på i hvilken grad e-konsultasjon bidrar til å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Dette skyldes at kvaliteter ved fysiske konsultasjoner, som mulighet til å observere og å gjøre kliniske undersøkelser av pasienter, reduseres (Thorshov, 2020). For å kunne yte like faglig forsvarlig helsehjelp ved e-konsultasjon som ved ordinær konsultasjon, er det viktig å kartlegge faktorer helsepersonell mener kan påvirke prosesser og aktiviteter. Slik som medvirkning i utviklingsprosessen, god informasjon og avsatt tid (Kooij et al., 2018).

3.4 Artefakt eller verktøy

Subjektet og objektet er mediert av *artefakter, kulturgjenstander* eller *redskaper* (Engeström, 1999). Med redskap eller kulturgjenstand menes et verktøy eller instrument som skal brukes i aktiviteten. I denne konteksten dreier det seg om e-konsultasjon. Tidligere har aktiviteten vært organisert som ordinær konsultasjon der pasienten møter fysisk til time på sykehuset. Denne aktiviteten flyttes nå over til e-konsultasjon i et digitalt rom. Helsepersonell er usikre på i hvilken grad e-konsultasjon kan erstatte kvalitetene ved ordinær konsultasjon, og er i tvil om e-konsultasjonens nytteverdi for dem (Thorshov, 2020). Dette skaper noen dilemmaer det er grunn til å se nærmere på. De peker på at den nye konsultasjonsformen kan være nyttig og effektiv for pasientene, blant annet fordi det vil redusere reisetid til og ventetid på poliklinikken. Informantene er videre bekymret for et økende digitalisert helsevesen som kan medføre større ulikheter blant befolkningen, fordi bruk av e-konsultasjon krever en viss kompetanse hos pasientene.

3.5 Fellesskap

Med *fellesskap* menes i hvilken gruppe eller fellesskap aktiviteten foregår i (Engeström, 2001). *Fellesskapet* her er den polikliniske avdelingen som skal ta i bruk e-konsultasjon. Sykehuset og informasjonsteknologiavdelingen (IT-avdelingen) inngår også i *fellesskapet*, ettersom de er med på å utvikle og implementere tjenester i digital pasientportal. Det er rimelig å anta at de forventer økt effektivitet og forbedret kvalitet som et resultat av ressursbruk. Kultur og holdninger innad i et fellesskap er avgjørende for hvordan implementeringen av digital pasientportal og e-konsultasjon vil bli (Kooij et al., 2018). Det er dokumentert at helsepersonell og ledere kan oppleve det utfordrende å endre praksis, og å implementere ny teknologi (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019, s. 90, Kujala, Hörhammer, Kaipio & Heponiemi, 2018). Omlegging av praksis kan innebære motstand og negative holdninger fra helsepersonell, fordi rutiner ved praksis nødvendigvis endres (Kerosuo & Engeström, 2003). Dessuten kan bruk av mange ulike digitale systemer medføre merarbeid. Det er ineffektivitet for helsepersonell å stadig måtte omstille seg i løpet av en arbeidsdag. Dette kan påvirke deres holdninger til implementering av nye digitale systemer (Sittig et al., 2018). Ulike holdninger kan være et resultat av dårlige erfaringer, for eksempel i hvilken grad man har påvirket det som skal implementeres, i tillegg til manglende informasjon om nytteverdi og effekt.

3.6 Regler

Regler gir føringer for hvordan redskapene anvendes (Engeström & Sannino, 2010). Både lovverk, forskrifter, faglig og yrkesetiske retningslinjer og normer i en veletablert praksis, er slike *regler*. Lokale rutiner og kultur på avdelingen legger føringer for hvordan nye verktøy som skal realisere aktiviteter mottas. Helsepersonell plikter å yte faglig forsvarlig helsehjelp, og er pålagt å melde fra ved avvik og bekymring (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Allerede her oppstår det et spenningsforhold, ettersom helsepersonell er bekymret for at forsvarligheten ikke opprettholdes ved bruk av e-konsultasjon. E-konsultasjon er ikke bare et ønske fra myndighetene om å tilby digitale helsetjenester, men er også sterkt etterspurt fra pasientgruppen. Pasientenes rettigheter og brukermedvirkning får stadig større plass i etableringen av nye persontilpassede helsetjenester. I pasient- og brukerrettighetsloven står det at: «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Reglene i aktivitetssystemet handler også om hvordan e-konsultasjon skal brukes, hvem som skal motta tilbudet og hva det skal inneholde. Informantene i studien er opptatt av at pasientene som får tilbud om e-konsultasjon selv skal ønske denne formen for oppfølging, men at dette fordrer at de oppfyller visse kriterier (Thorshov, 2020). Informantene er også opptatt av at tilbudet skal være valgfritt for pasientene som er kvalifisert. Konsultasjonsformen kan ikke bli en obligatorisk oppfølgingsmetode, og kan heller ikke erstatte fysisk kontakt (Huygens, Vermeulen, Swinkels, Friele & de Witte, 2016). Et annet spenningsforhold er at informantene ønsker tydelige rammer for hvordan bruke e-konsultasjon for å yte faglig forsvarlig helsehjelp (Thorshov, 2020).

3.7 Arbeidsdeling

Arbeidsdeling innebærer å avklare hvem som er ansvarlig for hva i aktiviteten (Engeström & Sannino, 2010). Ved implementering og bruk av e-konsultasjon er både arbeidsgiver og den enkelte ansatte ansvarlige for at helsehjelpen som ytes, er faglig forsvarlig (Chaet et al., 2017). Dette kan være spenningsfylt. Leger og sykepleiere er ansvarlige for at pasientene fortsatt får den samme oppfølgingen og behandlingen, og at de får gjort vurderinger og formidler informasjon til pasientene (Das et al., 2015). Arbeidsgiver er ansvarlig for organiseringen og implementeringen av e-konsultasjon slik at tilstrekkelig informasjon og opplæring blir gitt til riktige personer. Det er også slik at den enkelte lege og sykepleier har

selvstendig ansvar i det direkte møtet. Ved implementering og bruk av e-konsultasjon tildeles pasientene også nye roller og ansvar. Ettersom helsepersonells mulighet til å observere pasienten reduseres, pålegges pasientene et større ansvar i å følge opp og gjøre slike observasjoner selv (Riippa et al., 2014). Ifølge informantene i studien innebærer dette nye utfordringer og uavklarte spørsmål når de må stole på og ha tillit til pasientene. I tillegg må pasientene være ærlige om egne observasjoner (Thorshov, 2020). For at e-konsultasjon skal være en forsvarlig helsetjeneste, peker derfor informantene på at pasientene må oppfylle visse kriterier. De må blant annet ha tilstrekkelige språkferdigheter og akseptabel helseinformasjonsforståelse, fordi de vil få et større ansvar for å følge opp egen sykdom enn tidligere, noe som bekreftes i litteraturen (Wong et al., 2019). I en e-konsultasjon basert på skriftlig informasjonsutveksling kan det være vanskelig å fange opp pasienters symptomer, noe som impliserer behovet for rutiner for å oppdage tegn og symptomer. Tidligere forskning peker på at e-konsultasjon stiller høyere krav til helsepersonells ferdigheter for å oppdage pasientenes symptomer tidlig nok (Das et al., 2015). Det er også slik at helsepersonell må tilpasse språket for å unngå misforståelser eller forvirring hos pasientene (Irizarry, Dabbs & Curran, 2015).

Det er spesielt spørsmål og problemstillinger innen *arbeidsdelingen* som informantene er opptatt av når det gjelder fremtidig bruk av e-konsultasjon. Dette gjelder særlig helsepersonells ønske om å ta større del i beslutninger omkring utvikling og implementering av tjenester som direkte påvirker deres praksis og arbeid (Kujala et al., 2018). Informantene sier de ikke ser noen nytteverdi av e-konsultasjon, snarere antar de at det kan medføre mer arbeid (Thorshov, 2020). Den nye *arbeidsdelingen* vil innebære at pasientene tar over helsepersonells oppgaver, som å observere og rapportere. Dette kan resultere i negative holdninger til e-konsultasjon blant helsepersonell fordi de kan oppleve redusert autonomi eller at de som fagpersoner blir satt på nye eller andre prøver (Johansen, Kummervold, Sørensen & Zanaboni, 2019). Flere av informantene mente det var hensiktsmessig at de fikk være med å bestemme hvilke pasientgrupper e-konsultasjon kan være egnet for. De var ikke sikre på at den utvalgte pasientgruppen var mest egnet (Thorshov, 2020). Forskjellige pasientgrupper har ulike medisinske behov for undersøkelser og oppfølging. Dette betyr at e-konsultasjon kan være godt egnet til oppfølging av pasienter som ikke krever fysiske undersøkelser, men derimot være mindre egnet til pasienter som krever fysiske undersøkelser, fordi muligheten til å undersøke er begrenset. Bruk av e-konsultasjon setter også krav til pasientens digitale kompetanse og er derfor ikke egnet for alle. (Chaet et al., 2017). Det er dokumentert at ulike fagfelt og pasientgrupper krever ulik utforming av digitale tjenester (Granja, Janssen &

Johansen, 2018). I denne studien er beslutningen om å tilby e-konsultasjon et resultat av langvarig engasjement for, og brukermedvirkning fra, pasientorganisasjonen (Thorshov, 2020). Beslutningen om å utvikle funksjonalitet for e-konsultasjon er derfor noe helsepersonell på avdelingen mener de har hatt for liten innflytelse på.

4 REFLEKSJON – RESULTATENES BETYDNING SOM KVALITETSKRITERIUM

I dette kapittelet skal jeg reflektere rundt spenninger som framkommer i analysene av informantenes beskrivelser og anvende relevant litteratur. Det er særlig spenninger knyttet til helsepersonells forventning til faglig forsvarlig helsehjelp ved bruk av e-konsultasjon som er utgangspunkt for refleksjonen i denne oppgaven. Til slutt i kapittelet vurderer jeg aktivitetsteoriens som redskap for å kartlegge spenningsforhold.

4.1 Nye verktøy

Ved overgang fra ordinær fysisk konsultasjon til e-konsultasjon oppstår det en spenning i *arbeidsdelingen* mellom *subjektet* og *objektet*, ved at deler av helsepersonells arbeidsoppgaver flyttes over på pasientene. Dette innebærer nye roller og ansvarsområder, og større krav til kunnskap og digital kompetanse, for helsepersonell og pasienter. Sistnevnte må også ha høyere grad av helseinformasjonsforståelse enn tidligere. Bruk av e-konsultasjon i digital pasientportal er komplekst ved at det påvirker hvordan pasienter mottar helsetjenester, men også hvordan helsepersonell yter helsehjelp med nye verktøy. Informantene mener pasientene må oppfylle visse kriterier, spesielt være i en stabil sykdomsfase, ha tilstrekkelig norskerfardigheter og akseptabel helseinformasjonsforståelse for at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig (Thorshov, 2020). Dette mener de er viktig for at pasientene skal klare å observere, forstå og undersøke, samt formidle relevante symptomer til helsepersonell. Informantenes bekymring for hvorvidt e-konsultasjon ivaretar faglig forsvarlighet kan også handle om helsepersonells digitale ferdigheter, ved at de tror de ikke er flinke nok eller ikke har interesse av å lære nye systemer (Lancaster et al., 2018). Samtidig gir informantene uttrykk for at de savner muligheter for større deltakelse, involvering og påvirkningsmulighet i utvelgelsen av pasientgrupper som får oppfølging gjennom e-konsultasjon (Thorshov, 2020).

Det er ingenting som tyder på at informantene i studien er direkte negative til implementering av e-konsultasjon for enkelte pasientgrupper, derimot tror de det vil ha liten nytteverdi for dem som fagpersoner (Thorshov, 2020). I en litteraturstudie rapporteres det at e-konsultasjon kun medfører en liten økning i arbeidsmengde (Kruse, Bolton & Freriks, 2015). Når det er sagt, hevdes det at fravær av forventet nytteverdi kan medføre negative holdninger til implementering og bruk av nye verktøy (Kooij et al., 2018). Blant pasienter som bruker e-konsultasjon er det rapportert om ulik grad av tilfredshet. En lav grad av tilfredshet kan skyldes at enkelte pasienter foretrekker den fysiske kontakten med behandlere (Almathami, Win & Vlahu-Gjorgievska, 2020). Det kan også handle om at pasientene ikke behersker

funksjonene i portalen fordi de har lav helseinformasjonsforståelse eller digital kompetanse (Wong et al., 2019). Overgangen fra tradisjonell konsultasjon til e-konsultasjon gir pasienter større mulighet til å engasjere seg og ta ansvar i egen helse. E-konsultasjon gjør det mulig for pasienter å ta kontakt med behandlere hjemmefra, be om fornyelse av resept eller andre henvendelser. E-konsultasjon vil dermed medføre en endring i *arbeidsdelingen*, noe helsepersonell kan oppleve som en svekkelse av deres autonomi og kyndighet som fagpersoner, ved at pasientene nå skal overta deler av deres innarbeidede arbeid, som å observere, fortolke og rapportere sine egne utfordringer (Grünloh, Cajander & Myreteg, 2016, Kujala et al., 2018). Pasientsikkerhet og god kvalitet utvikles best når ansatte og ledere har eierskap til kvalitetsforbedring og har en felles ambisjon om å bli bedre (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018, s. 36, Paré, Sicotte & Jacques, 2006). Det innebærer at kulturen på arbeidsplassen er åpen og skaper rom for å dele både positive og negative erfaringer (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018, s. 11). Derfor er det hensiktsmessig at helsepersonell får medvirke i implementering og utvikling slik at e-konsultasjon ikke skal oppleves som en trussel mot helsepersonells autonomi, men snarere et hjelpemiddel for å styrke samhandlingen mellom pasienter og helsepersonell, og pasientens brukervedvirkning.

4.2 Nye arbeidsmåter

Et annet spenningsmoment som oppstår, ligger i helsepersonells forventning til at e-konsultasjon kan endre arbeidshverdagen (Thorshov, 2020). Mange av informantene var bekymret for at e-konsultasjon kan medføre at de går glipp av eller mister viktige kvaliteter i det fysiske møtet med pasienten. Dette mener de er uheldig fordi de er usikre på hvorvidt helsehjelpen som ytes ivaretar krav om faglig forsvarlighet uten denne fysiske kontakten. Informantene tror at slikt fravær kan ha negativ innvirkning på pasientens psykososiale helse fordi enkelte kan trenge støtten og den mellommenneskelige relasjonen som etableres. Forventningen om redusert mulighet til å kommunisere med kroppsspråk og vise emosjonell støtte kan også være en barriere for implementering og bruk av e-konsultasjon (Almathami et al., 2020). Ønske om å jobbe direkte med mennesker kan være grunnen til at helsepersonell ikke forventer nytteverdi ved bruk av e-konsultasjon. At informantene ikke har erfaring med å jobbe med e-konsultasjon kan være en medvirkende faktor til at de er bekymret for hvorvidt det er mulig å yte faglig forsvarlig helsehjelp. De kan være i tvil på om de klarer å videreføre ferdigheter og kvaliteter fra egen praksis ved nye arbeidsmetoder. Forskning viser at det er signifikant forskjell i helsepersonells holdninger til bruk av e-konsultasjon avhengig av erfaring og opplevd nytteverdi (Kooij et al., 2018). Informantene er også bekymret for at arbeidet deres vil ligne på konsulentarbeid, ved at alle sitter på hvert sitt kontor med liten

kontakt med kollegaer og fravær av fysiske pasientmøter (Thorshov, 2020). Også i en dansk studie om implementering av telemedisin, oppga helsepersonell at de var bekymret for den reduserte muligheten til å dele kunnskap med kollegaer som følge av mindre kontakt med hverandre (Nielsen & Mathiassen, 2013).

Et annet vesentlig spenningsforhold som oppstår på bakgrunn av funnene i studien, er forholdet mellom regler og e-konsultasjon som *medierende redskap*. Helsevesenet reguleres av en rekke lover og retningslinjer som legger føringer for hvordan trygg og forsvarlig helsehjelp skal ytes. Regelverk som understøtter behandlingsforløp er avgjørende for å oppnå god kvalitet og vellykket samhandling, som innebærer ivaretagelse av krav om faglig forsvarlighet, beskyttelse av pasienters integritet og ansvars plassering (Chaet et al., 2017, Meld. St. nr. 9 (2012–2013), 2012, s. 26). Spenningen kan bunne i at helsepersonell er opptatt av å følge etablert praksis med prosedyrer og rutiner, men er usikre på hvordan de kan videreføre disse kvalitetene i overgangen fra fysiske møter til e-konsultasjoner. Flere informanter mener det trengs tydelige rammer og føringer for hvordan og når e-konsultasjon skal brukes. Dessuten tror informantene at terskelen for pasienthenvendelser senkes, og de frykter at enkelte pasienter kan komme til å benytte kanalen i uhensiktsmessig stor grad (Thorshov, 2020). Informantene forventet i tillegg at den nye konsultasjonsformen vil endre praksis og omorganisere praksis. Det vil være nødvendig å utarbeide mer definerte og standardiserte rutiner dersom e-konsultasjon skal benyttes til en større populasjon med pasienter (Fagerlund, Holm & Zanaboni, 2019). Videre må det utarbeides prosesser for bedre arbeidsflyt, slik at helsepersonell ikke opplever at e-konsultasjon blir merarbeid, men snarere et hjelpemiddel for å redusere arbeidsmengden (Powell, 2017).

Som følge av covid-19 har man sett en dramatisk økning i bruk av e-konsultasjon. Som kjent kan det være utfordrende å implementere digitale tjenester i helsevesenet. Utbrudd av pandemier og andre lignende kriser medfører at helsesektoren blir nødt til å ta i bruk alternative metoder for å sikre oppfølging og behandling av pasienter. Forskning viser at det bør etableres tydelige prosedyrer og rammer for praksis ved innføring av digitalt medierte konsultasjoner. På den måten vil helsepersonell oppleve mindre barrierer, sikre tryggere bruk og økt digital kompetanse for å utnytte potensialet ved e-konsultasjon (Smith et al., 2020).

4.3 Et helsevesen i digital utvikling

Et spenningsforhold som oppstår i *felleskapet*, som flere informanter påpeker, er den gjennomgående digitale utviklingen i samfunnet. Den økende bruken av e-konsultasjon kan

være et uttrykk for at pasienter ønsker mer digitale tjenester og kan være et resultat av brukermedvirkning (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019). Samtidig søker politikere og samfunnet forøvrig mot økt digitalisering. Flere av informantene i studien var bekymret for at den digitale utviklingen vil forsterke helserelaterte forskjeller og øke ulikhetene i befolkningen. De frykter at de aller svakeste ikke vil nyttiggjøre seg et slikt verktøy. De tror e-konsultasjon vil være godt egnet for pasienter som er kunnskapsrike og som har digital kompetanse og interesse, men i liten grad bli brukt av pasienter som er ressurssvake og som ikke mestrer digitale verktøy (Thorshov, 2020). Det forventes at digitale tjenester kan forbedre pasientforløp, brukermedvirkning og persontilpasset behandling. Det er imidlertid dokumentert at slike digitale helsetjenester kan bidra til å skape større sosiale forskjeller i befolkningen (Grossman et al., 2019, Veinot et al., 2018). Beslutningstakere og politikere er del av *felleskapet*, da de er med på å bestemme hva som skal implementeres og hvilke regler og lover som er styrende for drift av sykehus. Myndigheter skal sørge for at nasjonale tiltak og virkemidler bidrar til at tjenesten oppfyller sitt ansvar. Samtidig må virksomheten selv sørge for å være organisert slik at helsepersonell best mulig kan overholde sine lovpålagte plikter (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018, s. 36). Det er videre dokumentert at også kronisk syke pasienter er bekymret for den digitale utviklingen i helsevesenet (Huygens et al., 2016). For å bruke digitale tjenester mener pasientene det er viktig at de blir informert av helsepersonell om hvilke funksjoner som tilbys digitalt. I tillegg ønsker de skriftlig eller visuell veiledning og informasjon (Huygens et al., 2016). Informantene i studien deler denne bekymringen. De var opptatt av tydelig informasjon og rutiner for bruk av e-konsultasjon for både pasienter og helsepersonell (Thorshov, 2020).

I forbindelse med covid-19-pandemien ser man nytten av å ha digitale tjenester som e-konsultasjon tilgjengelig for både pasienter og helsepersonell. Å vite at digitalt medierte tjenester ikke utsetter pasienter for ytterligere risiko eller skade, er spesielt avgjørende i en krisetid. Derfor er det viktig å undersøke hvordan helsehjelpen kan ytes faglig forsvarlig ved e-konsultasjon og andre digitale tjenester.

4.4 Helsepersonells rolle i bruk og utvikling av digitale tjenester

Digitale verktøy kan forbedre forholdet mellom pasient og behandler, bidra til at pasientene får større innsikt i egen sykdom, og hjelpe vedkommende til å ta bedre kontroll over egen helse (Lancaster et al., 2018). Det er også rapportert at e-konsultasjon kan være effektivt for pasienter ved å redusere eventuell ventetid ved fysisk oppmøte og reisetid (Hickey et al., 2017). I tillegg kan det bidra til tydeligere kommunikasjon mellom pasient og behandler (Fagerlund et al., 2019). Det fordrer imidlertid til at pasientene har en viss grad av helseforståelse, sykdomsinnsikt og digital kompetanse, men også at pasientens problem eller sykdom er kjent fra tidligere (Fagerlund et al., 2019). Informantene i studien mente pasientene som får tilbud om e-konsultasjon må ha visse ferdigheter for at helsehjelpen som ytes skal være faglig forsvarlig (Thorshov, 2020). Samtidig mente de det er viktig at de som fagpersoner blir inkludert i utvelgelsen av hvilke pasienter som får tilbud om e-konsultasjon, da de innehar den nødvendige kompetansen til å vurdere hva som er medisinsk forsvarlig overfor den enkelte pasient.

Alt tyder på at det er hensiktsmessig at helsepersonell involveres i både utvikling av digitale tjenester og i implementeringsfasen. På denne måten samsvarer tjenestene bedre med helsepersonells oppfatning av faglig forsvarlighet (Kujala et al., 2018, Thorshov, 2020). Spørsmålssetting og motstand blir ofte sett på som en begrensning og hindring for utvikling. Samtidig kan slik motstand være nødvendig for utvikling og endring av praksis fordi den kan belyse aspekter som man ikke har vært bevisst på (Kerosuo & Toiviainen, 2011). Helsepersonell bør få en større rolle i implementering og bruk av e-konsultasjon og andre digitale løsninger. Forskning viser at helsepersonell med erfaring med bruk av e-konsultasjon ser større potensial med implementering og bruk enn helsepersonell uten erfaring (Ålander & Scandurra, 2015). I tillegg kan deres positive erfaringer påvirke helsepersonell som er skeptiske til bruk.

4.5 Aktivitetsteori som analyseverktøy

I denne refleksjonsoppgaven har jeg brukt aktivitetsteori for å identifisere spenninger som strukturere diskusjonen. Aktivitetsteori kan være et nyttig analytisk verktøy for å se hvordan dimensjoner ved en ny aktivitet påvirker andre elementer i aktivitetssystemet, slik som ved implementering av e-konsultasjon. Ved å sette opp empiriske funn i aktivitetssystemets rammeverk, får man oversikt over ulike aspekter ved organisasjonen. Faktorer som påvirker helsepersonells bekymring om faglig forsvarlig helsehjelp ved bruk av e-konsultasjon tydeliggjøres. Ved å analysere og strukturere den målrettede aktiviteten som e-konsultasjon er i aktivitetsteoretisk rammeverk, avdekkes spenninger som helsepersonell forventer skal oppstå ved implementeringen og bruk. Å anvende sosiokulturelle perspektiver, som aktivitetsteori i endringsprosesser, løser ikke automatisk spenningene som kan oppstå, men bidrar til å belyse aspekter ved de. Innsikten og kunnskap dette gir kan påvirke fremtidig forskning og praksisendring (Cleland & Durning, 2019).

Kartlegging av slike spenningsforhold kan være avgjørende for å nå målet om fortsatt å yte faglig forsvarlig helsehjelp av høy kvalitet. I tillegg kan det bidra til økt bevissthet rundt dimensjoner som endrer rutiner, kultur eller praksis på arbeidsplassen. Aktivitetsteori har vært et hensiktsmessig verktøy for å reflektere omkring funnene med fokus på sentrale spenninger. Dette har gjort det mulig å se nærmere på hva som står på spill i overgangen til e-konsultasjon.

5 KONKLUSJON

Ved å anvende aktivitetsteori for å analysere og kartlegge helsepersonells forventning til implementering av e-konsultasjon, har jeg avdekket en rekke spenninger. Disse har betydning når man ser på resultatene som kvalitetskriterium. Ved å se på e-konsultasjon og helsehjelp i poliklinikken som et aktivitetssystem, har jeg satt søkelys på de ulike dimensjonene som i sum konstituerer faglig forsvarlig helsehjelp. Funnene fra studien viser at informantene har flere bekymringer knyttet til dette i overgangen til e-konsultasjon (Thorshov, 2020). Helsepersonell peker på viktige aspekter ved fysisk konsultasjon som kan gå tapt. Kvaliteten og forsvarligheten ved en e-konsultasjon er i stor grad avhengig av pasientens helseinformasjonsforståelse: evne til, og oppmerksomhet om egne helseforhold og egenobservasjon, tolkning og beskrivelse. Denne nye oppfølgingsformen resulterer derfor i en ny arbeidsfordeling. Studien viser at helsepersonells vurderinger av, og meninger om, muligheten til forsvarlig samarbeid med pasienter i e-konsultasjon, med vektlegging av oppgaver, bør være av avgjørende betydning for å ivareta kvaliteten i helsehjelpen. Spesielt når arbeidsmetoder endres med nye verktøy.

Som en konsekvens av covid-19-pandemien har imidlertid nytteverdien ved e-konsultasjon blitt åpenbare. Informantene kunne ikke forutse den dramatiske situasjonen som skulle prege samfunnet få måneder etter intervjuene. Hadde de det, kunne resultatene vært annerledes. Selv om e-konsultasjon har vist sitt store potensiale den siste tiden, vet man fortsatt lite om hvorvidt helsehjelpen som ytes er tilstrekkelig faglig forsvarlig. Mer forskning på erfaringer og langtidsbruk vil være helt nødvendig for å få klarhet i om konsultasjonsformen oppfyller kravene. Ytterligere forskning på helsepersonells og pasienters erfaringer må til for å forstå hvordan slike komplekse systemer påvirker og endrer praksis. Slik kunnskap er viktig i videre utvikling av nye digitale tjenester, og kan bidra til å legge føringer for hvordan disse tilpasses kontekstene der de skal brukes.

REFERANSELISTE

- Almathami, H. K. Y., Win, K. T. & Vlahu-Gjorgievska, E. (2020). Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2), e16407. <https://doi.org/10.2196/16407>
- Chaet, D., Clearfield, R., Sabin, J. E. & Skimming, K. (2017). Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *Society of General Internal Medicine*, 32(10), 1136-1140. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4082-2>
- Cleland, J. & Durning, S. J. (2019). Education and service: how theories can help in understanding tensions. *Medical education*, 53(1), 42. <https://doi.org/10.1111/medu.13738>
- Das, A., Faxvaag, A. & Svanæs, D. (2015). The Impact of an eHealth Portal on Health Care Professionals' Interaction with Patients: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.4950>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 18.05.2020). Kraftig økning i bruk av digitale helsetjenester under koronakrisen. Hentet 23.03.2020 fra <https://ehelse.no/aktuelt/korona-okt-bruk-av-digitale-helsetjenester-i-befolkningen>
- E-hesledirektoratet. (2017). Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022. Oslo. Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Engeström, Y. (1999). Expansive visibilization of work: An activity-theoretical perspective. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 8(1-2), 63-93. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1008648532192>
- Engeström, Y. (2000). Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*, 43(7), 960-974. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/001401300409143>
- Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133-156. <https://doi.org/10.1080/13639080020028747>

- Engeström, Y. & Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review*, 5(1), 1-24.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2009.12.002>
- Fagerlund, A. J., Holm, I. M. & Zanaboni, P. (2019). General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 9(5), e028251. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028251>
- Goldzweig, C. L., Orshansky, G., Paige, N. M., Towfigh, A. A., Haggstrom, D. A., Miakel-Lye, I., ... Shekelle, P. G. (2013). Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 159(10), 677-687. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00006>
- Granja, C., Janssen, W. & Johansen, M. A. (2018). Factors determining the success and failure of eHealth interventions: systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e10235. <https://doi.org/10.2196/10235>
- Grossman, L. V., Masterson Creber, R. M., Benda, N. C., Wright, D., Vawdrey, D. K. & Ancker, J. S. (2019). Interventions to increase patient portal use in vulnerable populations: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 26(8-9), 855-870. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz023>
- Grünloh, C., Cajander, Å. & Myreteg, G. (2016). "The Record is Our Work Tool!"- Physicians' Framing of a Patient Portal in Sweden. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), 470-483. <https://doi.org/10.2196/jmir.5705>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2012). God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/?ch=1>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Hentet 08.03.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hickey, S., Gomez, J., Meller, B., Schneider, J. C., Cheney, M., Nejad, S., ... Goverman, J. (2017). Interactive home telehealth and burns: A pilot study. *Burns*, 43(6), 1318-1321. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.11.013>
- Huygens, M., Vermeulen, J., Swinkels, I., Friele, R. & de Witte, L. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. *BMC Health Services Research*, 16(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1484-5>
- Irizarry, T., Dabbs, A. D. & Curran, C. R. (2015). Patient Portals and Patient Engagement: A State of the Science Review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e148. <https://doi.org/10.2196/jmir.4255>
- Johansen, M. A., Kummervold, P. E., Sørensen, T. & Zanaboni, P. (2019). Health Professionals' Experience with Patients Accessing Their Electronic Health Records: Results from an Online Survey. *Studies in health technology and informatics*. <https://doi.org/https://doi.org/10.3233/SHTI190273>
- Kerosuo, H. & Engeström, Y. (2003). Boundary crossing and learning in creation of new work practice. *Journal of Workplace Learning*, 15(7/8), 345-351. <https://doi.org/10.1108/13665620310504837>
- Kerosuo, H. & Toiviainen, H. (2011). Expansive learning across workplace boundaries. *International Journal of Educational Research*, 50(1), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2011.04.009>
- Kooij, L., Groen, W. G. & van Harten, W. H. (2018). Barriers and Facilitators Affecting Patient Portal Implementation from an Organizational Perspective: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e183. <https://doi.org/10.2196/jmir.8989>
- Kruse, C. S., Bolton, K. & Freriks, G. (2015). The effect of patient portals on quality outcomes and its implications to meaningful use: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2), e44-e44. <https://doi.org/10.2196/jmir.3171>

- Kujala, S., Hörhammer, I., Kaipio, J. & Heponiemi, T. (2018). Health professionals' expectations of a national patient portal for self-management. *International Journal of Medical Informatics*, 117, 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.06.005>
- Lancaster, K., Abuzour, A., Khaira, M., Mathers, A., Chan, A., Bui, V., ... Dolovich, L. (2018). The Use and Effects of Electronic Health Tools for Patient Self-Monitoring and Reporting of Outcomes Following Medication Use: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), e294. <https://doi.org/10.2196/jmir.9284>
- Larsen, D. P., Wesevich, A., Lichtenfeld, J., Artino, A. R., Brydges, R. & Varpio, L. (2017). Tying knots: an activity theory analysis of student learning goals in clinical education. *Medical education*, 687-698. <https://doi.org/10.1111/medu.13295>
- Meld. St. nr. 9 (2012–2013). (2012). Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/sec1>
- Nielsen, J. A. & Mathiassen, L. (2013). Interpretive flexibility in mobile health: lessons from a government-sponsored home care program. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e236-e236. <https://doi.org/10.2196/jmir.2816>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). Hva er faglig forsvarlighet? Hentet 10.05.2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283673/Hva-er-faglig-forsvarlighet>
- Ohannessian, R., Duong, T. A. & Odone, A. (2020). Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18810. <https://doi.org/10.2196/18810>
- Paré, G., Sicotte, C. & Jacques, H. (2006). The Effects of Creating Psychological Ownership on Physicians' Acceptance of Clinical Information Systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), 197-205. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1930>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Pérez Sust, P., Solans, O., Fajardo, J. C., Medina Peralta, M., Rodenas, P., Gabaldà, J., ...
Piera-Jimenez, J. (2020). Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the COVID-19 Outbreak. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19106. <https://doi.org/10.2196/19106>
- Powell, K. R. (2017). Patient-Perceived Facilitators of and Barriers to Electronic Portal Use: A Systematic Review. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 35(11), 565-573. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000377>
- Riippa, I., Linna, M. & Rönkkö, I. (2014). The effect of a patient portal with electronic messaging on patient activation among chronically ill patients: controlled before-and-after study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), e257. <https://doi.org/10.2196/jmir.3462>
- Sannino, A. & Engeström, Y. (2018). Cultural-historical activity theory: founding insights and new challenges. *Cultural-Historical Psychology*, 14(3), 43-56. <https://doi.org/10.17759/chp.2018140305>
- Sittig, D. F., Wright, A., Coiera, E., Magrabi, F., Ratwani, R., Bates, D. W., ... Sittig, D. F. (2018). Current challenges in health information technology-related patient safety. *Health Informatics Journal*, 1460458218814893-1460458218814893. <https://doi.org/10.1177/1460458218814893>
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J. & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X20916567. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Tamim, S. R. & Grant, M. M. (2017). Exploring Instructional Strategies and Learning Theoretical Foundations of eHealth and mHealth Education Interventions. *Health Promotion Practice*, 18(1), 127-139. <https://doi.org/10.1177/1524839916646715>
- Thorshov, T. C. (2020). Helsepersonells forventning til e-konsultasjon i digital pasientportal. Upublisert manuskript. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

- Veinot, T. C., Mitchell, H. & Ancker, J. S. (2018). Good intentions are not enough: how informatics interventions can worsen inequality. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 25(8), 1080-1088. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy052>
- Vygotskij, L. S. (Red.). (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Wittek, L. (2012). *Læring i og mellom mennesker : en innføring i sosiokulturelle perspektiver* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Wong, J. I. S., Steitz, B. D. & Rosenbloom, S. T. (2019). Characterizing the impact of health literacy, computer ability, patient demographics, and portal usage on patient satisfaction with a patient portal. *JAMIA Open*, 2(4), 456-464. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooz058>
- Ålander, T. & Scandurra, I. (2015). Experiences of Healthcare Professionals to the Introduction in Sweden of a Public eHealth Service: Patients' Online Access to their Electronic Health Records. *Studies in health technology and informatics*, 216, 153-157. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-564-7-153>