



**UiT** Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

**Praksis for inkludering av nære pårørende i pasientbehandling ved bruk av digitale  
verktøy- terapeuters erfaringer**

Heidi Susann Emaus

Master i helsefaglig utviklingsarbeid

Masteroppgave HEL – 3961

Mai 2022

## Forord

Å få anledning til å studere igjen, gjennomføre en master i helsefaglig utviklingsarbeid, har vært en spennende og en privilegert posisjon å få være i. Jeg har satt stor pris på muligheten.

Å se inn i praksis med et nysgjerrig blikk på hvordan nære pårørende ble inkludert da Norge stenge ned, ble et interessant og spennende prosjekt. Jeg er imponert over kollegaer og terapeuter hvordan de sto på for å gi flest mulig et tilbud gjennom bruk av videosamtaler og eller telefon. At både terapeuter, pasienter og de nære pårørende var tålmodig og forståelsesfull med hverandre og det digitale, gjorde at erfaringer fra denne praksisen kunne utvikles og deles videre. Jeg gleder meg til å få bidra til fremtidig utvikling av digitale tilbud, og masteroppgaven er et bidrag til dette.

Jeg vil gjerne takke informantene i min studie for at de tok imot meg på en svært positiv måte, og delte av sine erfaringer med hvordan de erfarte sin praksis. En stor takk til min veileder Marianne for din tålmodighet og dine støttende ord på at oppgaven hadde kurs til å bli et ferdig produkt. Til mine medstudenter for lufting av frustrasjon, nyttige tilbakemeldinger på masterfremleggene og gode samtaler i den krevde tiden det er å skrive en masteroppgave. Takk til min arbeidsgiver og mine kollegaer som har holdt ut med en «delvis til stede» arbeidstaker i denne perioden. Takk til Karina for at du ble med i prosjektet, og for ditt gode bidrag som medmoderator. En takk også til min svigerinne for å lese korrektur på oppgaven.

Så til familie og venner, nå er oppgaven levert. Jeg melder meg på igjen. Takk til mine kjæreste; min mann og mine døtre for støtte, teknisk hjelp- uvurderlig Sofie! og tålmodighet. Takk til Lanka for at du har ventet trofast på turer ut, når jeg har sittet foran pc'n og tastet i timevis.

Tromsø, mai 2022

Heidi Susann Emaus

## Sammendrag

**Tema:** Denne masteroppgaven presenterer erfaringer fra terapeuter om inkludering av nære pårørende i pasientbehandling ved bruk av digitale verktøy. Som følge av pandemiens krav om å begrense sosial kontakt ble poliklinisk behandling i psykisk helse for voksne gitt via videosamtaler og eller telefon. Målet er å finne ut hvordan praksis for inkludering av nære pårørende, via bruk av digitale verktøy, i pasientbehandling ble i denne tiden og derigjennom få økt kunnskap om denne praksisen.

**Bakgrunn:** Nære pårørende er gjennom lovverk, veiledere og standardiserte pasientforløp tillagt rettigheter og plikter som spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helse for voksne har et særlig ansvar for å kartlegge og etterfølge. I perioden med de strengeste kravene om sosial avstand, ble de polikliniske tilbudene gitt via digitale verktøy. Fremover skal 15% av de polikliniske konsultasjonene være digitale.

**Forskningsspørsmål:** Hvilke erfaringer har terapeuter med å inkludere nære pårørende i behandling når pasientkonsultasjoner digitaliseres? Hvordan erfarte de bruk av digitale verktøy? På hvilken måte påvirket digitale verktøy inkludering av nære pårørende i pasientbehandling? Opplevde deltakerne potensiale for fremtidig bruk av digitale verktøy til inkludering av nære pårørende?

**Metode:** Studiet er kvalitativt og har brukt fokusgruppeintervju. Tre fokusgruppeintervju ble gjennomført hvor til sammen 11 informanter deltok. Intervjuene ble transkribert og analysert tematisk.

**Drøfting:** Drøftingen tar utgangspunkt i perspektiv fra teknologi- og vitenskapstudier, STS, domestiseringsprosessen. For det som skaper praksis tar jeg inn begreper fra aktør-nettverksteori, ANT. Endringer av praksis drøftes også med teori om nonverbal kommunikasjon, og læring av bruk av digitale verktøy drøftes med teori om situert læring.

**Konklusjon:** Terapeuters erfaringer fra bruk av digitale verktøy i pasientbehandling fremmer potensiale for økt inkludering av pårørende. Dette gjennom at terapeutene viser en stor grad av fleksibilitet til hvilke digitale verktøy de tar i bruk for å kunne inkludere pårørende, kombinasjon av både videosamtale og telefon. Når digitale verktøy benyttes medfører det at arbeidsformen endres. Denne sosio-tekniske praksisen innebærer at tjenesteutøver og tjenesteleverandør må utvikle nye observasjons-, tolknings-, og kommunikasjonsferdigheter.

Bruk av digitale verktøy kan være et godt supplement til fysiske behandlingsmøter, dersom man tar høyde for den sosio-tekniske relasjonens påvirkning av praksis.

**Nøkkelord:** pårørendeinkludering, sosio-teknisk praksis, digitale verktøy, psykisk helse, fokusgruppeintervju

## **Abstract**

**Subject:** The master thesis presents therapists' experiences regarding next of kin inclusion in patient treatment using digital health technology. As a consequence of the pandemic requirements to limit social contacts, the outpatient mental health treatment for adults was given through video consultations and / or by phone. The goal is to find out how the practice of next of kin inclusion in patient treatment using digital health technology became during this period, and through it, gain increased knowledge about this practice.

**Background:** Through government documents, regulations and standardized clinical pathways, next of kin are granted rights and obligations which specialized mental health service for adults has a particular responsibility to assess and follow up. During the period with the strictest requirements of social distance, the outpatient services were given using digital health technology. In the future, 15% of outpatient consultations are to be digital.

**Research question:** What experiences with next of kin inclusion in patient treatment do therapists have, when consultations become digitalized? How did they experience use of digital health technology? How did digital health technology affect next of kin inclusion in patient treatment? Did the participants experience potential for future use of digital health technology for next of kin inclusion?

**Method:** The research is qualitative and uses focus-group interview. Three focus-group interviews were conducted, in which a total of 11 informants participated. The interviews were transcribed and analysed thematically.

**Discussion:** The perspectives from science and technology studies (STS) and domestication process are as a starting point for the discussion. To describe how the practice has been shaped, I use concepts from actor-network theory (ANT). Changes in practice are also discussed using the theory of nonverbal communication, and the process of learning to use digital technology is seen through the perspectives of the theory of situated learning.

**Conclusion:** Therapists' experiences with using digital health technology in patient treatment supports potential for increased next of kin inclusion. This is through the fact that therapists show a high degree of flexibility when it comes to the choice of digital technology means to include next of kin, combining both videoconsultations and consultations by phone. The use

of digital health technology brings about changes in ways of work. This socio-technical practice implies that service practitioner and service provider must develop new observation, interpretation and communication skills. The use of digital health technology can be a good supplement to face-to-face consultations, if one takes into consideration the socio-technical relations influence on practice.

Keywords: next of kin inclusion, socio-technical practice, digital health technologies, mental health, focus-group interview

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og relevans .....	2
1.2	Pårørendemedvirkning.....	3
1.3	Digitalisering i tjenesten.....	4
1.4	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	6
1.5	Relevans for dagens praksis .....	7
1.6	Avgrensning og presisering .....	7
1.7	Oppgavens struktur.....	8
2	Vitenskapsteori.....	9
2.1	Teknologi- og vitenskapsstudiet (STS) som vitenskapsteori .....	10
3	Teori .....	12
3.1	Aktør- nettverksteori, ANT .....	12
3.1.1	Ulike begreper/konsepter innenfor ANT.....	14
3.2	Nonverbal kommunikasjon.....	16
3.3	Situert læring .....	17
4	Metode, metodisk overveielse og analyse.....	19
4.1	Design.....	19
4.2	Forforståelse og forskertransparens.....	20
4.3	Utvalg, inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	21
4.4	Rekruttering .....	22
4.5	Fokusgruppeintervju.....	23
4.5.1	Planlegging av fokusgruppeintervju.....	24
4.5.2	Intervjuguide .....	25
4.5.3	Gjennomføring av fokusgruppeintervju .....	26
4.5.4	Intervjurollen og medmoderator.....	28
4.5.5	Transkribering .....	29

4.6	Analyse .....	29
4.7	Metodekritikk .....	32
4.7.1	Validitet og generaliserbarhet .....	33
4.8	Forskningsetiske vurderinger .....	33
5	Resultat.....	35
5.1	Introduksjon av hovedtemaer .....	35
5.2	Digitale verktøy (DV) – økt mulighet for inkludering av pårørende?.....	35
5.2.1	Brukervennlighet til teknologien.....	36
5.2.2	Digital avstand mellom deltakerne.....	37
5.2.3	Tidseffektivitet for terapeutene .....	37
5.3	Hvordan skapes praksis ved bruk av DV for inkludering av pårørende?.....	38
5.3.1	Hvordan teknologien bidrar til nettverksbygging mellom aktører.....	39
5.3.2	Å se inn i hjemmet – ett glimt.....	40
5.4	Hvordan forandres praksis for inkludering av pårørende ved digitale verktøy? .....	41
5.4.1	«Vi måtte hoppe i det», kunnskap om og erfaring med digitale verktøy .....	41
5.4.2	Å kunne bruke digitale verktøy fleksibelt, ulike kombinasjoner .....	43
5.4.3	Å miste nonverbal kommunikasjon via digitale verktøy .....	44
6	Drøfting .....	47
6.1	Hvordan skapes praksis- fra teknologideterminisme til domestisering.....	47
6.1.1	Å finne løsninger på teknisk utfordringer, skript og antiskript.....	52
6.1.2	Å se inn i hjemmet- det digitale verktøy som formidler .....	54
6.1.3	Kontroll over egen deltakelse.....	55
6.2	Endring av praksis- kroppen forsvinner. Implikasjoner for det nonverbale språket .	57
6.2.1	Nonverbale signaler.....	57
6.2.2	Turveksling.....	60
6.3	Å hoppe i det- kompetanse og læring av atferd på den digitale arena.....	61
7	Avslutning .....	64



7.1	Implikasjoner for praksis .....	64
7.2	Videre forskning .....	66
8	Referanseliste .....	67
9	Vedlegg .....	71
9.1	Vedlegg 1: Svar fra Norsk senter for forskningsdata, NSD .....	71
9.2	Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	74
9.3	Vedlegg 3: Samtykkeskjema .....	77
9.4	Vedlegg 4: Intervjuguide .....	78

## Tabelliste

Tabell 1 - Fokusgrupper .....	26
-------------------------------	----

## Figurliste

Figur 1 - Aktør-nettverk 1 .....	48
Figur 2 - Aktør-nettverk 2 .....	49
Figur 3 - Aktør-nettverk 3 .....	50
Figur 4 - Aktør-nettverk 4 .....	65

# 1 Innledning

Tema for denne masteroppgaven er terapeuters erfaringer med inkludering av nære pårørende i pasientbehandling når behandlingen ble gitt via digitale verktøy.

Mars 2020 er en måned som mange vil huske tilbake til i Norge. På denne tiden fikk vi innført de strengest tiltakene siden fredstid i Norge. Vi ble oppfordret til minst mulig sosial omgang med hverandre for å begrense omfang av en verdens omfattende pandemi. Denne restriksjonen medførte at polikliniske behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne ble gitt via digitale verktøy. Rammene for behandling ble endret, noe som påvirket terapeuter, pasienter og pårørende. Det digitale rommet ble nå en arena hvor terapeuter og pasienter, samt eventuelt pårørende, møttes via digitale verktøy til samtalebehandling. For pasienter og pårørende ble behandlingen hjemmebasert, hvor den før pandemien hadde foregått på institusjoners arena.

Denne endringen skjedde parallelt med oppstart og implementering av standardiserte pasientforløp, pakkeforløp, for psykiske lidelser. Standardiserte pasientforløp skal fremme samarbeid, samhandling og brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2018). Ved oppstart av pasientbehandling registreres, i samarbeid med pasient, hvem som er pasientens nære pårørende. Dette er en oppgave de nære pårørende skal samtykke til. Ved å bli tildelt oppgaven som nære pårørende utløses det rettigheter og plikter mellom den nære pårørende og spesialisthelsetjenesten. Nære pårørendes rettigheter og inkludering, fremkommer juridisk i lovverk og i noen grad i pakkeforløp (Helsedirektoratet, 1999). Dette redegjøres for i kapittel 1.2.

Samarbeid mellom brukeren av psykiske helsetjenester, deres pårørende, og de ulike tjenestetilbudene anbefales av Helsedirektoratet for å sikre god kvalitet i psykisk helse og rusarbeid. Involvering av privat og offentlig nettverk fremmes i ulike veiledere og dokumenter fra helsemyndighetene gjennom at det vektlegges samarbeid, samhandling, nettverksarbeid, tilgjengelige og godt koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2014, 2017).

I min egen praksis i akutt psykiatriske tilbud, har jeg erfart nære pårørendes bidrag som betydningsfulle for tilfriskning hos de berørte av psykiske kriser. Å utforske relasjoner i menneskers liv har tilknytning til Fugelli sitt perspektiv på familien som helsekilde, støtteapparat og helsetrussel (Fugelli, 2014). Å holde opp relasjonsperspektivet fremmer samhandling og samarbeid med de berørte i en psykisk krise.

Formålet med studien er å finne ut hvordan digitale verktøy benyttes til å involvere nære pårørende i poliklinisk pasientbehandling, og terapeuters erfaringer med denne praksisen. Jeg er nysgjerrig på hvordan praksisen beskrives for inkludering ved bruk av digitale verktøy.

Digitale verktøy er velferdsteknologi, og defineres i min studie som samtalebehandling ved bruk av videosamtaler og/eller telefon. Teknologi, som formes ut fra konteksten den er i og er et svar på en samfunnsmessig utfordring, defineres av Moser som velferdsteknologi. Teknologien muliggjør helsetjenester på avstand (Moser, 2019). Denne praksisen er en sosio-teknisk praksis, hvor mennesker og teknologi møter hverandre (Skjølsvold, 2017).

## 1.1 Bakgrunn og relevans

I Norge i dag har vi 800 000 pårørende til mennesker med ulike lidelser (LPP, 2020). Det er et fremtidig mål at 15% av alle konsultasjoner i psykisk helsevern skal være digitale (Gundersen, 2021). Med dette vil digitale løsninger være et tilbud innenfor psykisk helsevern etter at pandemien er tilbakelagt. Frem til nå har noen av pasienter i psykisk helsevern erfart at digitale løsninger ikke er en enkel tjeneste å inkluderes i (Gundersen, 2021). Ved en akuttavdeling avdekket en undersøkelse at kun 10% av pasientene hadde Bank-id og 30% hadde en smarttelefon. For å få digital hjelp er det en forutsetning at en eier et digitalt verktøy og kan få opplæring til bruk. Både pasienter og pårørende berøres av denne forutsetningen for å få digital hjelp (Gundersen, 2021).

Pandemien medførte en rask omlegging av tjenestetilbudene, og viste at tjenestetilbudet kan bidra til å øke tempoet på innføring og bruk av digitale tjenester (Forskningsrådet, 2019; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019). Brukerne av de polikliniske tjenestene ble ikke spurt på forhånd om utforming av digitale verktøy. Tempoet i omleggingen hadde ifølge Pårørendealliansen medført liten eller ingen tid til drøftinger med pasienter og pårørende i forkant. Som følge av nedstenging og endring av tilbud har noen pårørende opplevd økende utfordringer med mer ansvar og mindre avlastning (Vatland, 2021).

I perioden med de strengeste tiltakene for sosial kontakt økte antall konsultasjoner ved bruk av digitale verktøy. I en undersøkelse av Gullslett og kollegaer viser de til at i 2019 var antall konsultasjoner i poliklinisk behandling innenfor psykisk helse registret som videokonsultasjoner 4%. Fra mars til mai 2020 viser registreringen 72 % og fra mai 2020 21% (Gullslett, Kristiansen & Nilsen, 2021).

Jeg har en antakelse om at bruk av digitale verktøy i liten grad er utforsket som mulighetsrommet for inkludering av nære pårørende. Jeg baserer min forforståelse på at noen pasientgrupper vil erfare det lettere å inkludere sine pårørende ved bruk av digitale verktøy i pasientbehandling. For andre pasientgrupper og deres pårørende kan digitale verktøy bli en arena som vanskeliggjør inkludering, både av praktiske, tekniske, økonomiske og relasjonelle årsaker. I registrering av individorienterte elektive behandlingstilbud, pakkeforløp, viser tall fra registreringen at det var liten inkludering av pårørende så langt. Denne registreringen var gjort før pandemien kom (Helsedirektoratet, 2020).

Bakgrunn og relevans til pårørendemedvirkning, og omlegging av tjenestetilbudet er årsak til at jeg ønsket i min studie å utforske praksis for å bedre kunne bidra til å sette fokus på inkludering av nære pårørende i pasientbehandling ved bruk av digitale verktøy. Studien kan gi frempek til områder som fremmer og hemmer inkludering, samt behov for mer forskning.

## **1.2 Pårørendemedvirkning**

Uavhengig av hvilket nivå i tjenestekjeden den hjelpesøkende får sin hjelp, eksisterer de pårørende. De siste årene har reduksjon av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og økt etablering av ambulante tjenester medført at flere mottar helsehjelp utenfor institusjoner. I kommunene opprettes individorienterte lavterskeltilbud. Å være definert som nære pårørende gir spesifikke rettigheter med utløsning av plikter til spesialisthelsetjenesten. Disse spesifikke rettighetene omhandler individuelle rettigheter og oppgaver som å motta informasjon, samtykke, journalinnsyn og klage (Helsedirektoratet, 2017). Pårørendeveilederen har som målsetting å få involvert pårørende i pasientbehandling, ha søkelys på barn som pårørende og at voksne pårørende med omsorgsoppgaver og/eller belastninger tilbys støtte, avlastning, opplæring og veiledning (Helsedirektoratet, 2017, s. 5).

I standardisert pasientbehandling, pakkeforløp, skal pasient eller pårørende informeres om samvalg, diagnostisk vurdering og behandlingsplan (Helsedirektoratet, 2018). Ved diagnostisk utredning for spesifikke diagnoser skal pårørende kontaktes for komparente opplysninger. Et av flere mål for pakkeforløpene er å bidra til økt brukermidvirkning og involvering av pårørende (Helsedirektoratet, 2018). I en artikkel om brukermidvirkning innleder Borg med å presisere at visjonen om brukermidvirkning gjenstår mer retorisk enn som en realitet i mange kliniske virksomheter. Mellom teori og praksis er det et gap (Borg,

Karlsson & Kim, 2009). Å være nære pårørende defineres ikke som å være mottaker av helsehjelp, dermed gis det ikke refusjon via insentivsystemet (innsatsstyrt finansiering) for konsultasjoner med kun pårørende (Romm et al., 2020).

Pårørendestrategien 2021-2025 «Vi de pårørende» fra regjeringen tar til orde for å skille ut pårørendemedvirkning fra brukermedvirkning. Dette understreker at pårørende er en egen part og samtidig en del av den uformelle, men viktige omsorgen rundt pasienten. Det anbefales bruk av samarbeidsavtaler, pårørendeutvalg og kontaktpersoner i helsetjenestetilbud for å inkludere pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Ut fra teoretisk kunnskap om pårørendes roller, akutte kriser og belastninger (å bli pårørende), tillegges helsevesenet initiativ til og ansvar for pårørende (Helsedirektoratet, 2017).

Brukermedvirkning for pårørende har fått beslutningsmakt på overordnet nivå, politisk (lovverk, veileder), men har et potensiale for endring på tjenestenivå og i klinisk praksis.

### **1.3 Digitalisering i tjenesten**

Digitale verktøy brukes til kommunikasjon mellom terapeuter og pasient, eventuelt også pårørende, for å gi behandlingstilbud ved geografiske avstander. Norges forskningsråd har utgitt et kunnskapsnotat over digitaliseringens konsekvenser for samhandling og kvalitet på helse-, velferds og omsorgstjenester (Forskningsradet, 2019). Dette kunnskapsnotatet gir en oversikt over deres litteratursøk med til sammen 357 artikler om ulike digitale samhandlingsverktøy og praksiser. De fleste artiklene omhandler samhandling mellom tjenestegiver og tjenestemottaker. De beskriver digitale løsninger for oppfølging og behandling av pasientrelatert sykdommer og plager, via ulike digitale kommunikasjonsplattformer med helsepersonell. Flere artikler beskriver internettbehandling, men få skriver noe om hva som gjør at denne type behandling virker og om denne type tilbud bør differensieres. I kunnskapsnotatet vises det til at en ikke vet nok om effekter av digitale verktøy på lang sikt og at det oppfordres til mer forskning på effekt. Det ønskes også mer forskning relatert til om det er noen negative konsekvenser av bruk, samt videre utvikling av design til digitale verktøy. For videre utvikling av design til de digitale verktøy fremheves det at brukerne må være med i dette arbeidet (Forskningsradet, 2019).

Forskning viser at digitale verktøy, videokonferanse, kan gi brukere raskere tilgang til behandling, kontinuitet i behandling og være et sikkerhetsnett (Feijt et al., 2020; Trondsen,

Bolle, Stensland & Tjora, 2014; Usher-Pines et al., 2020). Samtidig er det i regjeringens strategi for psykisk helse satt søkelys på digitalisering og videre forskning på denne type tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Gullslett og kollegaer gjorde en kvalitativ intervjustudie med terapeuter i psykisk helsevern om generell erfaring med bruk av videokonsultasjoner under pandemien. I artikkelen om deres arbeid fremmer de at konteksten med videokonsultasjoner kan gi nye muligheter for å forstå og behandle psykiske lidelser. Dette da digitalisering kan medføre nye tilnærminger i behandling og involvere pasienter og pårørende som aktive deltakere i recovery prosesser og andre aspekter ved sosial inkludering. De var også opptatt av å fremme videre forskning på kompleksiteten som ligger i å forstå pasienter og pårørendes komplekse situasjon via en digital kontekst, samt terapeuters endrede arbeidssituasjon som følge av å jobbe digitalt (Gullslett et al., 2021).

I polikliniske behandlingstilbud har det frem til pandemiens utbrudd vært gitt samtalebehandling digitalt ved enkelte tilfeller og fra regionale behandlingstilbud der geografisk avstand vanskeliggjør fysiske møter. En digital samtalebehandling med video foregår ved at terapeut inviterer pasient og pårørende til felles samtale gjennom å sende en elektronisk invitasjon som en lenke i en e-post eller en tekstmelding. Denne åpnes via smarttelefon eller på en datamaskin som har kamera og høyttaler. Via Direktoratet for e-helse er det utarbeidet praktisk råd om god bruk av video til helsepersonell (Direktoratet for e-helse, 2020). Rådene viser til organisering, rammer for samtalen og personvern, økonomisk oppgjør og forsvarlighet (Direktoratet for e-helse, 2020).

Nasjonal e-helse strategi fremmer at digitalisering handler om å forenkle, forbedre og fornye tilbud og tjenester. Det skal medføre økt verdiskaping og innovasjon (Direktoratet for e-helse, 2019). Den første nasjonale e-helse strategi kom i 2017 og er utarbeidet for perioden 2017-2022. En ny plan er under utarbeidelse og gjelder fra og med 2023 (Direktoratet for e-helse, 2019). Et av tre overordnede mål er at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Innføringen av digitale verktøy under pandemien er i tråd med overordnede føringer (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019). E-helse strategien medfører at det er flere langsgående forskningsprosjekt som pågår om erfaringer fra digitalisering av behandlingstilbud i etterkant av pandemien. Jeg måtte gjøre et pragmatisk valg for når tid jeg skulle stoppe med oppdaterte kunnskapssøk etter nyere forskning. Mine søk er i hovedsak gjort frem til høsten 2021.

Å ta digitale verktøy i bruk berører grunnleggende aspekter ved etablerte arbeidsmåter. Obstfelder beskriver i sin artikkel «Sykepleie og teknologi- en komplisert relasjon» om betydningen av hvordan sykepleiere forstår teknologi og teknologibruk, også vil påvirke hvordan de tar den i bruk (Obstfelder & Lotherington, 2014). Dette kan overføres til alle som berøres av digitalisering da teknologi er kommet inn i helsetjenesten for å bli og bidrar til utvikling av tjenestetilbud.

## **1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål**

I den raske påkrevde omstillingen fra fysiske ansikt-til ansikt-møter til ansikt-til ansikt-møter digitalt via videosamtaler og eller ikke-synlige ansiktsmøter via telefon, ble jeg nysgjerrig på hvilken plass pårørende fikk i pasientbehandlingen. Jeg var opptatt av hvilke erfaringer terapeuter satt igjen med etter å ha gitt pasientbehandling over tid ved bruk av digitale verktøy. Vil denne endrede arbeidsformen ha gitt erfaring som kan medføre at flere pårørende kan inkluderes? Er det sider ved denne arbeidsformen som utfordrer inkludering eller er det også andre sider ved arbeidsformen som jeg ikke kan forestille meg på forhånd.

Problemstillingen i min studie ble som følge:

### **Hvilke erfaringer har terapeuter med å inkludere nære pårørende i behandling når pasientkonsultasjoner digitaliseres?**

For å operasjonalisere denne problemstillingen, utarbeidet jeg tre forskningsspørsmål som skulle bidra til å styre forskningsprosessen i retning av problemstillingen:

Hvordan erfarte de bruk av digitale verktøy?

På hvilken måte påvirket digitale verktøy inkludering av nære pårørende i pasientbehandling?

Opplevde deltakerne potensiale for fremtidig bruk av digitale verktøy til inkludering av nære pårørende?

Resultatet av min kvalitative studie kan gi svar til de konkrete spørsmålene, men jeg tenker også det kan gi bidrag til innsikt om bruk av digitale verktøy i pasientbehandling og potensialet for inkludering av pårørende. Terapeuters erfaringer om dette tema kan gi

implikasjoner for den kliniske virksomheten som de jobber ved, og til virksomheter som tar denne teknologien i bruk.

## **1.5 Relevans for dagens praksis**

Gjennom kunnskapsoppsummering og andre kilder (nettsider og helsepolitiske dokumenter) fremgår det at det er lite forskning på studiens tema. Pandemiens krav om avstandsregulering for å hindre smittespredning har gitt flere terapeuter erfaring med å tilby pasientbehandling via digitale verktøy. Å fremme, gjennom forskning, erfaringer fra bruken av teknologi kan ifølge Cresswell være viktigere enn resultat av bruk (Cresswell, Worth & Sheikh, 2010).

Basert på dette vil jeg hevde at min studie kan fremme kunnskap om hvordan digital praksis erfares for terapeuter overfor inkludering av nære pårørende, og er relevant innenfor feltet.

## **1.6 Avgrensning og presisering**

Studien avgrensner seg til konteksten polikliniske behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne etter pandemien. De nære pårørende er en viktig del av pasienters liv utenfor og i tjenestetilbudet. Pasienter ved polikliniske behandlingstilbud bor i egne hjem og har forespurt sine nære pårørende om denne oppgaven. Psykisk helsevern for voksne velges som kontekst da nære pårørende i denne tjenesten har fått spesifikke juridiske rettigheter og oppgaver gjennom denne rollen. Dette tillegger spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar overfor nære pårørende til pasienter i behandling. Jeg vil i denne oppgaven fokusere på å undersøke hvordan bruk av digitale verktøy kan inkludere nære pårørende i pasientbehandling. Jeg undersøker ikke om pårørendes rettigheter eller andre oppgaver som nære pårørende er ivaretatt. Dette er et pragmatisk valg av meg som forsker i forbindelse med avgrensninger og rammer for denne oppgaven.



## **1.7 Oppgavens struktur**

Oppgaven består av 7 hovedkapittel. Dette kapitlet omhandler bakgrunn, relevans, påvirkning og digitalisering i tjenesten, samt avgrensninger. Kapittel 2 vil omhandle vitenskapsteori som legger rammen for det kunnskapsteoretiske grunnlaget. Kapittel 3 viser teoretisk rammeverk som bygger under analyse, resultat og drøfting, her vises sammenheng mellom kunnskapsteoretisk ståsted og valg av metode. I kapittel 4 viser jeg en detaljert redegjørelse for valg og bruk av metoden, mitt feltarbeid, samt analysearbeidet. Her viser jeg også min forforståelse som forsker og forskningsetiske utfordringer. I kapittel 5 presenteres resultatet fra tematisk analyse og i drøftingen i kapittel 6 drøftes funn opp mot utvalgte begreper og perspektiver fra teknologi- og vitenskapsstudie og aktør-nettverksteori, samt teori om nonverbal kommunikasjon og situert læring.

I avsluttende kapittel 7 forsøker jeg å gi en oppsummering av det som jeg anser som de viktigste innsiktene studien har gitt meg. Deretter presenterer jeg noen tanker om implikasjoner for praksis og videre forskning.

## 2 Vitenskapsteori

Kunnskap beskrives som viten, lærdom, erkjennelse eller innsikt. Det er mange teorier om kunnskap, derfor vil jeg beskrive min ontologiske forståelse som vil være grunnlaget i min studie (Ekeland, 2021). Med fokus på å fremme den andres erfaring har mitt vitenskapelig ståsted utgangspunkt fra postmodernismen. Postmodernisme holder fast på at kunnskap er sosialt og språklig konstruert fra de kontekster de er i (Malterud, 2008, s. 186).

Postmodernisme er en reaksjon til modernismen som sier at kunnskap er objektiv.

Postmodernismen gjør forskeren til en deltaker, og fremmer at kunnskap skapes i kontekst, en subjektontologi (Ekeland, 2021). I følge Malterud legger kvalitativ forskningstradisjon seg til postmodernisme og sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2008).

Jeg undersøker terapeuters erfaringer fordi det vil være en kilde til å forstå mer av det som skjer i praksis og velger derfor en kvalitativ tilnærming. Kunnskap om andres erfaring med inkludering gjennom bruk av teknologi. Den andres erfaring vil jeg fortolke gjennom mitt valg av metode, som har et beskrivende design. Materialet fra fokusgruppene analyseres gjennom en tematisk innholdsanalyse og drøfting av resultater ved hjelp av teorier og inspirasjon fra teknologi- og vitenskapsstudier (STS<sup>1</sup>), med sin Aktør-nettverksteori. Å inspireres av STS og aktør-nettverksteori for å beskrive det som skjer i praksis, forutsetter et konstruktivistisk kunnskapssyn hvor man bygger på en forståelse av at sannheter er konstruert i de mellommenneskelige relasjoner (Malterud, 2008).

I postmodernismen anses forskeren som å være en aktiv deltaker i en forskning som aldri kan finne en sannhet, men være bidragsyter til å utvikle stadig nye spørsmål (Malterud, 2008).

Dette har hatt betydning for hvordan jeg har ansett min egen rolle i arbeidet med denne masteroppgaven, og jeg har derfor utdypet min forståelse og posisjonering i feltet nærmere i kapittel 4 om metode.

---

<sup>1</sup> I engelsk litteratur kalles STS, Science and technology studies.

## 2.1 Teknologi- og vitenskapsstudiet (STS) som vitenskapsteori

For å analysere og utvikle kunnskap om teknologi og vitenskap tar jeg i bruk teoretiske perspektiv fra teknologi- og vitenskapsstudiet, STS.

Det er økende bruk av informasjonsteknologi i pasientbehandling. Teknologien brukes til å muliggjøre informasjonsflyt gjennom alle ledd av et behandlingsforløp med mål om bedre pasientsikkerhet og effektivitet (Cresswell et al., 2010). I samme artikkel fremmer Cresswell (2010) at flere land er fra nasjonale myndigheter pålagt å øke sin bruk av teknologiske verktøy for å nå målet om bedre effektivitet.

Innenfor forskningstradisjonen til teknologi og vitenskapsstudier har det fremkommet to hovedinteresser, studier av kunnskapsproduksjon og studier av teknologiutvikling. Studier av kunnskapsproduksjon omhandler søkelys på å finne ut hvordan noen prosesser resulterer i faktakunnskap mens andre kunnskapsproduksjonsprosesser avvises. Studier av teknologiutvikling omhandler forholdet mellom samfunn, kultur, sosiale prosesser og de teknologiene vi omgir oss med (Skjølsvold, 2017). Min studie vil være en studie relatert til teknologiutvikling av allerede utviklet teknologi, med søkelys på forholdet mellom mennesker og teknologi.

Historisk sett har vitenskap om teknologi sine røtter tilbake til tidsepoken rundt filosofen Platon. Her ble politiske beslutninger tatt på bakgrunn av faktabasert kunnskap ut fra en ide om at de som styrer må ha kjennskap til sannheten (Skjølsvold, 2017). Tanken om sannhet var relatert til at politiske beslutninger måtte baseres på kunnskaps- og evidens-baserte fakta. Vitenskapen som ble produsert var faktabasert, forskningsbasert og objektiv. Dette ble kalt for en internalistisk forståelse, hvor den vitenskapelig aktivitet skjer utenfor samfunnet og samfunnslivet. Vitenskapen var kald og relasjonell, og styrte seg selv uten påvirkning av samfunnsforhold. Denne forståelsen av teknologi blir beskrevet som teknologideterminisme (Skjølsvold, 2017, s. 21-23). Dette perspektivet betyr at teknologien er selvstyrende og har en egen indre logikk. En slik forståelse fordrer at mennesker ikke kan påvirke teknologien (Skjølsvold, 2017).

Teknologi- og vitenskapsstudier, STS, har med tiden utviklet seg bort fra et slikt syn, og er opptatt av de sosiale aspekter ved vitenskapen. Forskere innenfor STS behandler både teknologiutvikling og teknologiens eventuelle påvirkning eller effekt i samfunnet som empiriske fenomener, og må studeres for å kunne forstås (Skjølsvold, 2017). Siden 1990-tallet

har studier av teknologier i bruk utvidet forskningsfeltet, da forskning også har tatt utgangspunkt i studier for brukere av ferdige designede tekniske teknologier (Tjora, 2003).

Teknologier produseres av samfunnsaktører med interesser som former teknologier av sosiale, kulturelle og historiske strømninger. Begrepet samproduksjon viser til at nye sosiale institusjoner og praksiser konstrueres sammen med teknologiske systemer og artefakter<sup>2</sup> og at de dermed ikke kan forsås uavhengig av hverandre (Skjølsvold, 2017). Jeg mener dette forsterker bildet av at teknologi er en del av og produseres innenfor rammen av samfunnet. Samtidig blir det også tydelig at samfunnet, «det sosiale», kan bli en del av de teknologiske artefaktene (Skjølsvold, 2017).

Fra STS- perspektivet kommer begrepet domestisering (Latour, Borch, Rask Madsen & Østergaard, 2008; Tjora, 2003). Domestisering og domestiseringsprosessen setter søkelys på å forsøke å beskrive hvordan man tilpasser seg, og tar teknologien inn i hverdagslivet. Begrepet domestisering setter teknologibrukeren i sentrum (Tjora, 2003). I min oppgave bruker jeg begrepet domestisering og domestiseringens prosess inn i siste del av analysen, i resultat og i drøftingen. For å se dette tydeligere relatert til mine funn, velger jeg å ta i bruk en retning innenfor STS, aktør-nettverksteorien ANT (kapittel 3).

---

<sup>2</sup> Artefakt betyr her gjenstand som er tilhørende den materielle kulturen (Skjølsvold, 2017).

## 3 Teori

### 3.1 Aktør- nettverksteori, ANT

Den meste kjente personen som bærer ANT er sosiologi professor Bruno Latour, som sammen med Callon og Law utviklet teoriretningen ANT (Latour et al., 2008; Law & Hassard, 1999). Latour (2008) hevder at menneskelig og ikke-menneskelige aktører inngår i samme nettverk. Nettverkene fortolkes som sosio-tekniske (samproduksjon av det sosiale og det tekniske) og det er minst like viktig å forstå tingenes rolle i utformingen av verden, som det menneskelige og det sosiale. Materielle ting må også handle på riktig måte for å etablere vitenskapelige fakta. Teknologi og vitenskap er konstruksjoner, og ANT fremmer symmetri mellom mennesker og ikke-mennesker (Skjølsvold, 2017, s. 24). Dette forstår jeg slik at de digitale verktøy har plass i nettverket på lik linje med terapeuter, pasienter og pårørende. Nettverket kan også beskrives som en gruppe hvor gruppens medlemmer benevnes aktører (Latour et al., 2008, s. 69). I min studie er terapeuter, pårørende, pasienter og de digitale verktøy aktører. I ANT brukes begrepet aktanter om de ikke-menneskelige aktørene, det er et teknisk uttrykk for tingen, det materielle og teknologien (Latour et al., 2008, s. 78). Jeg tar i bruk aktant om de digitale verktøy når det er behov for å skille de fra aktørene terapeuter, pårørende og pasienter.

ANT er forankret i vitenskapsstudier og vitenskapsteori, men trekker også på antropologiske perspektiv. ANT handler altså ikke bare om individer, subjekter eller struktur, men om kollektiver av heterogene forbindelser (Moser, 2019). Dette medfører fokus på betydningen av å studere det praksisnære, det aktørene og aktanter gjør. Slik som i mitt formål med studiet, å finne ut hvordan inkluderes pårørende i pasientkonsultasjoner via digitale verktøy, basert på erfaringer fra terapeutene. Et praksisnært fokus basert på hva som gjøres.

Aktør-nettverksteori retter fokus mot relasjonen mellom aktørene og poengterer at det ikke bare er mennesker som handler, gjør noe eller som har effekter. Med dette som utgangspunkt vil en forsker innenfor ANT teori også redegjøre for aktantenes rolle (Skjølsvold, 2017, s. 67-93). Aktør-nettverksteoretikere studerer; «hvordan mennesker og ikke-mennesker handler, relasjonen mellom dem og nettverkene de danner» (Skjølsvold, 2017, s. 67).

Dette er min begrunnelse for å velge å ta inn noen begreper fra denne teorien i drøftingen om hva informantene formidler av erfaringer fra sin praksis, hva som gjøres. Slik kan konsepter og begreper fra ANT være verdifull hjelp for meg som forsker for å få frem kompleksitet og

den kontinuerlige forandringen av virkeligheten, noe som andre retninger kan neglisjere ved studier av innføring av teknologi (Skjølvold, 2017). ANT tar ikke i betraktning menneskelige intensjoner, interesser og interessekonflikter mellom ulike grupper, moral, bakgrunn, rutiner og tidligere menneskelige erfaringer (Cresswell et al., 2010). Dette gjør at jeg kompletterer med annen teori når jeg drøfter konkrete endringer av praksis som informantene beskriver. Denne kompletteringsteorien redegjøres for i kapittel 3.2 og 3.3.

Å sette sammen mennesker og ting i en konstellasjon kalt aktør-nettverk, gir et øye på at vitenskapsproduksjon er sosio-teknisk. Med dette menes at nettverk ikke er statiske, at relasjoner endrer seg, man må forstå vitenskapsproduksjon som å være i bevegelse, knyttet til lokale kontekster og preget av å være i prosess (Skjølvold, 2017).

For å forstå hva som skjer i møtet mellom mennesker og ny teknologi brukes innenfor STS begrepet domestisering, som beskrives som en prosess bestående av tre trekk (Skjølvold, 2017, s. 161-162). Det første omhandler hvordan teknologi tas i bruk. Den andre om hvordan teknologi forstås, hvordan den fortolkes, hvordan den tilskrives mening og hvordan den gir ny mening til brukeren. Den tredje og siste del av domestiseringsprosessen er hvordan man lærer bruken eller å bli kjent med en teknologi, hvordan man lærer av hverandre. Domestiseringsbegrepet brukes til å forstå de fleste møter mellom teknologi og bruker. Denne type forskning vil i årene fremover være svært viktig, da et politisk og teknologiutviklingstrekk er at ny teknologi skal gjøre oss som samfunn mulig til å bli bedre, mer effektiv og mer bærekraftig. Domestiseringsbegrepet påpeker at vi ikke kan ta dette for gitt (Skjølvold, 2017). Slik som jeg vil finne ut i min studie; om vi sender en digital invitasjon, en lenke, til pasient og pårørende, forstår de av seg selv hvordan den skal benyttes? Moe Skjølvold gir et annet eksempel på denne enkle forgittheten ved det å gi alle mennesker en elsykkel, vil alle forstå dens bruk og dermed ta den i bruk? (Skjølvold, 2017, s. 166).

Domestiseringsprosessen er ikke lineær, men kontinuerlig og pågår over tid. Den pågår ikke alene, men i nettverk. I tråd med prinsippene i ANT er denne type nettverk noe som må lages, produseres og gjøres for at de skal kunne eksistere. De er også prosesser i konstant forandring. Dette betyr at dagens status på hvordan aktører og aktanter samhandler ikke nødvendigvis er gyldig i morgen. Domestiseringsprosessen er et eksempel på samproduksjon og kan vise at det ikke nødvendigvis er slik at alle aktører underkaster seg teknologiens skript (beskrivelse og utforming) (Skjølvold, 2017, s. 166-167). I min studie presenteres et

eksempel på hvordan samproduksjon ble mellom aktørene i pasientbehandling med videokonsultasjon, og hva som ble gjort når det ikke fungerte.

Jeg velger i neste avsnitt å beskrive ulike begreper fra ANT som jeg bruker for å beskrive hva som skjer mellom aktørene i aktør-nettverkene i min studie.

### **3.1.1 Ulike begreper/konsepter innenfor ANT**

Feltet jeg skal studere består av en sammensatt og kompleks praksis av heterogene aktører. Fokus er mot erfaringene til terapeutene og praksisen som skapes av samhandlingen mellom aktører i nettverket. Det viktigste jeg gjør er å identifisere aktørene i de nettverk som skapes relatert til min problemstilling, og så følge aktører på en analytisk måte (Olaussen & Aanestad, 2010, s. 27).

Her velger jeg å avklare ulike begreper/konsepter innenfor ANT sitt vokabular, som kan beskrive prosesser til det som gjøres, og som jeg bruker videre i oppgaven.

Nettverk er en samling eller system av aktører og aktanter, et heterogent nettverk. I nettverk kan det være synlige aktører og usynlige aktører, direkte og indirekte aktører. De må studeres empirisk for å beskrives (Skjølsvold, 2017, s. 23). Jeg bruker i oppgaven nettverk og aktør-nettverk for å relatere til nettverk ved sosio-teknisk praksis som er i min studie.

Designer er den som utvikler teknologi og lager teknologien med dens skript. Skript er teknologiens utforming og bruksanvisning. Når en bruker av teologien finner andre løsninger enn det som designeren har skrevet i skriptet, kalles endringen for et antiskript, som er å gå utenom det opprinnelige (Akrich, 1992; Skjølsvold, 2017). I min studie tar jeg disse begrepene med for å forstå det som skjer når aktørene velger andre løsninger ved tekniske utfordringer.

Translasjon innebærer en oversettelse, en overføring eller forflytting av interesser fra en aktør til en annen. Når translasjonsarbeid lykkes, oppnår en ikke bare enighet og samhandling, men det kan også gi en aktør mer kontroll over situasjonen. Akrich tilskrives poenget med når teknologi overføres og tas i bruk andre steder, så kommer de inni nye praksiser der teknologien møter andre aktanter og aktører. Der vil de tilskrives ny mening (Akrich, 1992; Skjølsvold, 2017, s. 74). Dette bringer noen aktører til en strategisk viktig posisjon, og de kan

avgjøre hva som er rett, betydningsfullt og sant (Skjølsvold, 2017, s. 75). Translasjon tas med for å forstå erfaringer fra bruk av ulike aktanter i denne sosio-tekniske praksisen i min studie.

Obligatorisk passeringspunkt omhandler hvem som blir talspersoner for det som gjøres, hvem får fremme erfaringer fra praksis (Skjølsvold, 2017, s. 76). I min oppgave vil jeg drøfte obligatorisk passeringspunkt relatert til e-helse forskning og de erfarne digitale brukerne.

Formidler (Mediators<sup>3</sup>) er en aktør som transporterer betydning eller kraft uten transformasjon. Å gi et in-put (informasjon) til en formidler er høyst uforutsigbart. En vet ikke hva out-put blir. De kan sette i gang ting som ikke nødvendigvis er det som ble startet. ANT teori antar at den sosiale verden består av mange formidlere og få mellommenn (Cresswell et al., 2010). I drøftingen vil jeg se på videokonsultasjon som formidler.

Mellommenn (Intermediaries<sup>4</sup>) er en aktør som fungerer som en mellommann eller et mellomledd. Å gi et in-put(informasjon) til en mellommann er forutsigbart, en kan si hva out-put blir. Aktører sirkulerer som mellommenn blant sine egne og former derigjennom nettverket. Disse har betydning i translasjonen (Cresswell et al., 2010; Latour et al., 2008, s. 62). Her relatere jeg det til veiledning mellom aktører for bedre bruk av videokonsultasjoner.

Disse begrepene velger jeg å ta inn i drøftingen for å gi teoretiske perspektiver til de tema som fremkommer fra resultatene i studien.

Kritikk til de første ANT analyser var at de ofte plasserte en sterk enkeltaktør i sentrum, mens det øvrige nettverket ble satt i utkant av analysen. Dermed ble en suksess eller fiaskohistorie forankret til et maktspill. En ytterligere kritisk røst til denne måten å bruke ANT på var at det ble sett på som produksjon av historier om suksesser, og dermed ble mikrofonstativ til denne gruppen (Skjølsvold, 2017, s. 83-84). I min studie blir det for meg viktig å vise frem mangfoldet av erfaringer fra terapeutene, både de vellykkede og de utfordrende.

ANT antar at alle aktører, uavhengig av deres posisjon, oppfyller en funksjon i nettverk. Dersom en aktør tas vekk, påvirker det hele nettverket. Det vil være det samme som at dersom en aktør tilføyes, vil det også påvirke hele nettverket (Cresswell et al., 2010). Slik som i min studie hvor det tilføyes en aktør, det digitale verktøy, inn i pasientbehandling hvor terapeut og

---

<sup>3</sup> I engelsk litteratur brukes benevnelsen mediators

<sup>4</sup> I engelsk litteratur bruker benevnelsen intermediaries



pasient er fra før, og hvor jeg vil undersøke hvordan aktøren pårørende inkluderes i samme nettverk.

For å utvide forståelsen av resultatene til hvordan praksis endres, tar jeg med teori om nonverbal kommunikasjon.

## **3.2 Nonverbal kommunikasjon**

Det andre trekket til domestiseringsprosessen, samproduksjonsprosessen, omhandler hvordan teknologien tilskrives mening og gir ny mening til brukeren. Her i min studie vil jeg ta utgangspunkt i hvordan det erfarer å samtale med hverandre ved hjelp av digitale verktøy. En opplevelse av endring av kommunikasjon, nonverbal, formidles av informantene.

I psykoterapi, pasientbehandling, er kommunikasjon terapeutenes hovedmetode (Rønnestad & Lippe, 2002). Jeg vil ikke i oppgaven utrede for hva kommunikasjon er eller hva det ikke er, men ta utgangspunkt i det som omhandler nonverbal kommunikasjon, da beskrivelser fra informantene omhandlet dette tema.

Når mennesker samtaler med hverandre, har nonverbal kommunikasjon en rekke funksjoner (Holte, 2011). Det nonverbale bidrar for det første til å forme, formidle og forstå budskap. Disse justeres ofte ved at vi kontrollerer og samordner overføring mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. For det andre er nonverbale koder med på å strukturere forløpet i en samtale, de «smører» samtalen og bidrar til flyt og stopp. For det tredje gir det fortløpende informasjon og definerer forholdet mellom de som samtaler. Dette er viktig for arbeidet i psykoterapi hvor forholdet mellom de som samtaler også tar utgangspunkt i overføringstolkning. For det fjerde har nonverbal kommunikasjon posisjon å skape og formidle følelser, hvilke koder og kanaler bruker vi til å uttrykke affekter. Den femte funksjonen er at det nonverbale er sentralt og avgjørende i all sosial påvirkning som overtalelse, holdningsendringer, avpassing av atferd og psykoterapi. Den er også automatisert og ikke nødvendigvis slik at vi merker at vi bruker den. Den sjette og siste funksjonen er at det nonverbale opprettholder personlig og sosial identitet, samt hverandres personlige grenser (Holte, 2011).

For å kunne drøfte og beskrive hva som erfarer vil jeg se på hva som skjer med nonverbal kommunikasjon gjennom begrepet samhandlingssynkroni når man er flere til stede og bruker digitale verktøy. Begrepet er hentet fra basal kommunikasjonsforskning som bidrar med

empiriske funderte begrep som har høy verdi for psykoterapi (Holte, 2011, s. 50).

Samhandlingssynkroni relateres til rytmen mellom de som samtaler, deres bevegelser og tale (Holte, 2011, s. 46). Når vi samtaler med andre, koordinerer vi våre bevegelser i takt med den andres bevegelse og tale. For å få dette til er vi avhengig av å hele tiden følge med på det den andre sier. I min studie relateres dette til hvordan aktørene opplever at de mestrer å følge med på denne rytmen i samtale via digitale verktøy, hvordan plassering av kamera og høyttalere for lyd gir implikasjoner for dette.

I min studie viser informantene til at å ta i bruk videokonsultasjon og telefon med høyttalerfunksjon legger noen endringer i måten aktørene samordner hvem som tar ordet. En av grunnstenene i samhandlingssynkroni er turveksling eller turtakning. Med dette begrepet menes samordning av hvem som skal snakke når. Dette er et fundament i all samtale og er beskrevet av Duncan så langt tilbake som i 1972 i hans artikkel «Some signals and rules for taking speaking turns in conversations» (Duncan, 1972). Å få til god rytme, flyt og veksling gir samtalepartnerne opplevelse av å bli sett, hørt, møtt og ivaretatt (Duncan, 1972; Holte, 2011).

I drøftingen ser jeg på funn fra empirien relaterer til teori om nonverbal kommunikasjon og det som jeg vil beskrive i neste avsnitt, situert læring. Situert læring relateres til hvordan brukerne lærer eller blir kjent med videobaserte samtaler, og eller samtaler via telefon med høyttalere, for inkludering av pårørende.

### **3.3 Situert læring**

Det tredje og siste trekket ved domestiseringsprosessen beskriver hvordan lære å bruke eller bli kjent med teknologien. I denne delen av prosessen settes søkelys på hvordan bruken av teknologi kan forstås som en praksis som læres av hverandre. Dermed utvider jeg det teoretiske grunnlaget om læring ved domestiseringsprosessen, med teori om situert læring (Lave & Wenger, 2012). I den første fasen med pandemi ble det gjort et strakstiltak om bruk av digitale verktøy. Aktørene i min studie opplevde å lære den digitale arbeidsformen parallelt med at de praktiserte den, dette kan slik jeg oppfatter det forstås i lys av teori om situert læring.

Lave og Wenger har utviklet den situerte læringsteorien (Lave & Wenger, 2012). Denne teorien setter et kritisk blikk på skolelæring og aktualiserer læring som et aspekt på forandring

i hverdagslivet og arbeidsliv. Lave studerte lærlinger og mestre i sine feltstudier. Hun fant svært lite undervisning fra mestrene å observere. Dette medførte igjen at hun forlot ideen om at læring utelukkende bygger på tradisjonell undervisning. Hun fokuserte da på å observere praksisfellesskaper (Lave & Wenger, 2012, s. 7). Lave og Wenger beskriver at;

«situert læring er et bidrag til en tiltagende forskning inden for humanvidenskabene, som undersøker forståelsens og kommunikationens situerende karakter. Den fokuserer på relasjonen mellom læring og de sociale situasjoner, den finner sted i» (Lave & Wenger, 2012, s. 18).

Læring er følge Lave og Wegner (2012, s. 19) en prosess som finner sted innenfor en deltakelsesramme, ikke i den individuelle bevissthet. Læring kan dermed betraktes som en form for sosial praksis. Lave og Wenger gir eksempler fra hverdagssituasjoner der alle samspill starter med en asymmetri og hvorpå de etter hvert får tilgang til atferdsformer som igjen utvikler deres ferdigheter. Eksempler på dette er ikke-mekanikere når de forklarer en mekaniker hva som feiler bilen eller pasienter som behandles av legen (Lave & Wenger, 2012, s. 22), og her i min studie nettverket av aktører som møtes digitalt til pasientbehandlingen og forklarer hverandre bruk av videokonferanse.

Det teoretiske rammeverket danner bakgrunnen for valg av metode for oppgaven og støtter opp under mitt valg av fokusgruppeintervju som har et en beskrivende design. Dette vil være til hjelp for meg for å få belyst og gitt svar til min problemstilling. Neste kapittel omhandler begrunnelser for valg av metode, metodiske overveielser og analyse.

## 4 Metode, metodisk overveielse og analyse

I dette kapitlet redegjøres det for forskningsdesign, forforståelse, forskertransparens, utvalg, rekruttering, planlegging og gjennomføring av metode, analyse, metodekritikk og forskningsetiske overveielser.

### 4.1 Design

Jeg ønsket å studere om bruk av digitale verktøy i pasientbehandling hadde påvirket praksis for inkludering av pårørende. I mitt eget arbeid hadde jeg erfart konsultasjoner digitalt både med og uten pårørende. Hvordan dette var i andre polikliniske enheter ble jeg nysgjerrig på. Jeg reflekterte om det å få frem pårørendes erfaringer, men innså at denne gruppen ikke ville bli så lett å få inkludert i min studie. Dette som følge av at de kan rekrutteres via pasient og terapeuter, eller måtte rekrutteres via pårørendeorganisasjoner eller media. Det jeg hadde lest av forskning om pasientbehandling via digitale verktøy var det svært lite materiale, produsert til nå, som omhandlet perspektivet inkludering av pårørende i pasientbehandling. Jeg bestemte meg for å gjøre intervjustudie for å undersøke med terapeuter om hvordan deres praksis var blitt etter pandemien, relatert til at det gjennom innføring av pakkeforløp også var fokus på pårørendeinvolvering. Jeg valgte en kvalitativ tilnærming fordi kvalitative metoder omtales i internasjonal litteratur som «naturalistic inquiry» og tar utgangspunkt i å utvikle mangfold og nyanser (Malterud, 2012). For meg menes dette at fenomen utforskes slik det oppleves for de involverte i deres kontekst og er målet for kvalitative metoder (Malterud, 2012).

Datamaterialet som oppgaven bygger på kommer fra tre fokusgruppeintervjuer, der min fortolkning danner basen for kunnskapsproduksjonen. De teoretiske perspektivene presentert i kapittel 2 og 3 utgjør grunnlaget for begrepsapparater som jeg bruker for å sammenholde teori og empirisk materiale, og inspirerer fortolkning og den virkelighetsbeskrivelsen jeg velger å presentere i min studie.

Det mest betydningsfulle metodiske poenget, inspirert fra ANT teori, vil være å identifisere aktør-nettverk og følge aktørene som fremkommer på en analytisk måte, i tråd med Olaussen og Aanestads beskrivelse av metoden (Olaussen & Aanestad, 2010, s. 27).

## 4.2 Forforståelse og forskertransparens

Å forske innenfor eget fagfelt har gitt meg mange refleksjoner over hvordan jeg skulle bære min egen forforståelse i møte med og ivaretagelsen av informantenes erfaringer. Den konstruktivistiske grunnlagstenkning som ligger til grunn for STS-perspektivet har i seg en grunntanke om at forskeren er deltaker i konstruksjonsprosessen, og dermed vil jeg påvirke resultatene med min bakgrunn og måte jeg forstår feltet på (Skjølsvold, 2017). Det jeg velger å presentere i min studie er en versjon av det jeg har undersøkt, min versjon, utfra der jeg til enhver tid befinner meg (Malterud, 2008).

I tillegg til å være masterstudent er jeg terapeut i en poliklinisk enhet med et akutt psykiatrisk tilbud. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og familieterapeut. Inspirasjon til temaet i studien kommer også fra at jeg pårørendekontakt i enheten, og har stor interesse for relasjons- og nettverksorientert praksis, nettverksarbeid. Nettverksarbeid omhandler i korte trekk å samle de som er berørte av en psykisk krise til felles samtaler om det de erfarer (Seikkula & Arnkil, 2013).

Min antakelse var at praksis med de digitale verktøy kunne både være inkluderende og ekskluderende for pårørende i pasientbehandling. De polikliniske behandlingstilbud er individbaserte behandlingstilbud, er rettet til individet, og er avhengig av pasientens samtykke til inkludering av pårørende (Selbekk, 2017). Målsetting ved pakkeforløp vektlegger samarbeid med pårørende. Tilgang til og kunnskap om digitale verktøy kunne være faktorer som også la føringer for pårørendes posisjon i pasientbehandling. I fortellinger om praksis ved egen enhet hørte jeg at pårørende i noen grad var beskrevet med. Derfor ønsket jeg å finne ut om hvordan de ble inkludert i pasientbehandling ved digitale verktøy i andre polikliniske tilbud.

Ved å gjøre fokusgrupper innenfor eget fagfelt kan forskeren også utsettes for det som Malterud beskriver som feltblindhet, at forsker overvurderer grad av fellesskap eller mister den refleksive avstanden som forsker trenger for å gjøre kritiske vurderinger av det som uttrykkes (Malterud, 2012, s. 124). Jeg som forsker kan ikke løsrive meg fra mine tidligere erfaringer, men det betyr ikke at jeg alltid har med meg min forforståelse i front når jeg fortolker, jeg må være åpen for at de andre som forteller meg noe, vet bedre enn meg selv (Malterud, 2012). I selve intervjuene var det å forske i eget fagfelt ivare tatt gjennom å ha med en medmoderator. Dette reduserte potensielt for at min kjennskap til feltet kunne bidra med bias, samt ivaretok bedre autentisitet til informantens beretninger. Jeg posisjonerte meg

tydelig i forskerrollen, som moderator av fokusgruppeintervjuene og introduserte rollen til medmoderator. Å drøfte resultatene opp mot teoretiske begreper ble en nyttig erfaring for meg, for å se praksis i et annet lys. Samtidig var jeg oppmerksom på å ikke bli et speilbilde av det de fortalte, men gjøre tematiske fortolkninger og utvise fortolkningsmessig fleksibilitet<sup>5</sup> som kunne utvide forståelse om tema for studien.

Jeg hadde ikke en bestemt teori som utgangspunkt når jeg gikk ut i feltarbeidet eller startet analyse av empirien. Utgangspunktet var min nysgjerrighet på om digitale samtaler hadde medført at flere pårørende ble med, og om interaksjon og kommunikasjon ble berørt av det å samtale digitalt. Når jeg hørte i intervjuene om den digitale påvirkningen, hvordan samhandlingen også med de digitale verktøy virket inn, ble jeg interessert i begreper og modeller fra STS/ANT som utvidet mitt perspektiv og ble nyttig for meg for å utvikle min studie. Jeg leste meg derfor opp på STS og ANT teori etter feltarbeidet. Disse erkjennelser sammen med erfaringen jeg hadde med meg fra praksis har vært avgjørende for hvordan jeg har bevisstgjort meg selv i denne prosess som forsker. Det har i hovedsak handlet om å ta innover meg hvordan jeg selv har bidratt til den kunnskapen som jeg har skapt i min studie (Thornquist, 2018, s. 205).

Som hjelp til å være transparent i min studie har jeg også skrevet forskerlogg hvor jeg har reflektert over de ulike trinn og prosesser jeg har gjennomgått i løpet av arbeidet med masteroppgaven (Halkier & Gjerpe, 2010).

I kapittel 4.9 redegjøres for forskningsetiske vurderinger i studien. Neste avsnitt omhandler utvalg, inklusjon- og eksklusjonskriterier.

### **4.3 Utvalg, inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Utvalget mitt består av terapeuter, som jobber i poliklinisk virksomhet i psykisk helse- og rusbehandling for voksne, med erfaring fra bruk av digitale verktøy, et strategisk utvalg. Et

---

<sup>5</sup> Fortolkningsmessig fleksibilitet som begrep omhandler at ulike forskere tolker materialet ulikt, og her vil min tolkning presenteres (Skjølsvold, 2017).

strategisk utvalg er at informantene ikke er valgt tilfeldig, men med utgangspunkt i at de representerte formålet med det jeg vil forske på (Polit, 2020b).

Inklusjonskriteriene var at informantene jobbet i poliklinisk virksomhet og har hatt erfaring med bruk av digitale verktøy, telefon- og eller videokonsultasjoner i pasientbehandling, hvor pårørende også var inkludert.

Eksklusjonskriterier var at de ikke hadde erfaring med bruk av digitale verktøy eller inkludering av pårørende i pasientbehandling.

Neste avsnitt omhandler på hvordan informantene ble rekruttert til studien.

## 4.4 Rekruttering

Jeg valgte å intervjuere terapeuter, da deres praksis og erfaringer er betydningsfull for undersøkelse av inkludering av pårørende i polikliniske tilbud. Rekrutteringen av terapeuter lot seg gjennomføre innenfor rammene av et mastergradsprosjekt. Det hadde også vært viktig og nyttig å få stemmene, med erfaringer ved inkludering, fra pasienter og pårørende. Som følge av tidsbegrensinger og usikkerhet om rekruttering ble det tatt et pragmatisk valg fra meg om at jeg i denne studien kun rekrutterte terapeuter.

Jeg kontaktet ledere for elektiv virksomhet ved tre ulike tjenestetilbud i Norge. Et tjenestetilbud var innenfor en del av virksomheten hvor jeg selv har tilknytning, men ikke er ansatt<sup>6</sup>. Jeg presenterte min studie og undersøkte om det var av interesse for tjenestestedene å bistå meg i min forskning. Jeg hadde utformet et informasjonsskriv om min studie i henhold til krav fra Norsk senter for forskningsdata, NSD (NSD, 2021). Svar fra NSD og informasjonsskriv er vedlagt oppgaven, vedlegg 1 og 2.

I samarbeid med ledere drøftet jeg hvordan det ville være best å rekruttere informanter. Leder ved enhetene informert sine ansatte om min studie. Jeg fikk navn på aktuelle informanter fra leder, og informasjonsskrivet ble distribuert til de som var interessert via e-post.

---

<sup>6</sup> Mine kritiske refleksjoner over dette valget er redegjort for i kapittel 4.2 og 4.8

Til sammen ble det rekruttert 14 informanter til de 3 fokusgruppene, hvor 11 møtte. Informantene representerte ulike faggrupper; psykologspesialister, psykologer, familieterapeuter, sykepleier og sosionom. Begge kjønn var representert. Antall yrkesaktive år varierte fra 3-30. De representerte 4 ulike polikliniske behandlingstilbud for voksne innen psykisk helsevern. Jeg fikk rekruttert informanter som sammen gjorde et utvalg med god variasjon. Variasjon mellom deltakerne er viktig for å få tilstrekkelig bredde i erfaringer og synspunkter til problemstillingen (Malterud, 2012, s. 20).

Jeg gjennomførte intervju ved ulike behandlingssteder som ga ulike tjenestetilbud. Dette gjorde jeg for å få tilgang til en potensiell større bredde på praksiserfaringer. Jeg valgte å møte gruppene en enkelt gang. Dette begrunner jeg med at min studie ikke har fokus på en pågående prosess, hvor endring mellom intervju ville ha betydning for resultat av studien. Om jeg skulle hatt større fokus på læringsperspektivet ville flere intervju har vært av interesse å gjennomføre over tid. For ekstern validitet vil antall beskrevne hendelser i materialet være styrkende og gi ekstern validitet mer enn antall fokusgrupper (Malterud, 2012, s. 38).

Grunnet personvern vil jeg ikke gi ytterligere detaljer om informantenes biografiske data i utvalget. I resultatkapittelet har informantene fått engelske navn og kjønn er i noen grad byttet om.

Bakgrunn for valg av fokusgruppeintervju og gjennomføring av intervju beskrives i neste avsnitt.

## **4.5 Fokusgruppeintervju**

Valget mitt på fokusgrupper ble gjort fordi fokusgrupper egner seg godt når forsker skal gjøre eksplorative undersøkelser på et nytt område (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 179).

Fokusgruppeintervju har et beskrivende design og ville gi meg mulighet til å få studert terapeuters erfaringer og utvide disse gjennom gruppedynamikk og prosess. Gruppens dynamikk og prosess ga innspill og svar til min problemstilling gjennom utforskning av dagens praksis. Gjennom en fokusgruppe vil «problemstillingen bli inngangen til den mest relevante veien til kunnskap om emnet» (Malterud, 2012, s. 22).

I en fokusgruppe møtes flere mennesker for å utveksle erfaringer. Betydning av felleskap og ulikheter blant grupped medlemmene forsterkes gjennom de felles innspill som kommer i



gruppen. Forskeren påvirkes av dynamikken i gruppen og responsen mellom gruppemedlemmene på sine innledende spørsmål (Malterud, 2012). For meg som forsker vil åpne spørsmål være betydningsfulle for gruppeprosessen, slik at gruppens prosess kan utvikle seg og leve. Forsker tilrettelegger for samtalen mellom deltakerne. Dette skiller fokusgruppeintervju fra et gruppeintervju hvor spørsmål og svar mellom forsker og et og et gruppemedlem vil ha større plass (Malterud, 2012).

I dynamikken og prosessen mellom deltakerne i gruppen ligger metodens styrke og svakhet. At det skapes dialog mellom deltakerne og ikke kun via forskeren. Derfor anbefales det å ha med en forskerassistent ved fokusgrupper, og jeg hadde derfor med en medmoderator (Malterud, 2012). Etter intervju er det anbefalt at forsker og medmoderator har en kort ettersamtale, med lydopptak på, for å umiddelbart fange opplevelse av prosess og dynamikk i gruppen (Malterud, 2012, s. 78). Dette hadde medmoderator og jeg i min studie, se kapittel 4.5.4.

#### **4.5.1 Planlegging av fokusgruppeintervju**

Å gjøre fokusgruppeintervjuer var en ny erfaring for meg. Jeg leste meg opp på teori om fokusgrupper (Halkier & Gjerpe, 2010; Malterud, 2012; Tjora, 2010b). Jeg har gjennom min praksis erfaring fra å samtale med flere i grupper, noe som gav meg en trygghet. Teorien fremhever viktighet av dynamikk og prosess mellom gruppemedlemmene som suksesskriterier for fokusgrupper, noe som skapte forventninger og gjorde meg noe nervøs. Jeg anså planlegging av fokusgruppeintervjuene som betydningsfullt for å få et vellykket resultat.

En kollegagruppe ble forespurt om å kunne bidra slik at jeg kunne få prøvd ut mine spørsmål fra intervjuguiden, samt testet opptaksutstyret. Det ble for meg en nyttig erfaring både med tilbakemelding på spørsmålene (se kapittel 4.5.2), men også hvordan lyd i rommet påvirket opptaksutstyret. En kvalitetssikret app for opptak var lastet ned på nettbrett og på mobil. Som eksempel på forstyrrelse av lyd kan jeg nevne klirring fra kaffekopper og innkommende telefonsamtaler på mobil som var en del av opptaksutstyret mitt.

Å sette av ulike tidspunkt for å kunne være fleksibel for gjennomføring av fokusgrupper, samt koordinering av flere sine kalendre, var en utfordring. I to av fokusgruppene koordinerte jeg dette selv, men i det siste fokusgruppeintervjuet hadde jeg en kontaktperson ved den enheten

som sto for koordinering av tidspunkt og sted. Dette var for meg en positiv erfaring som jeg vil ta med meg til en annen gang.

Jeg forberedte meg på at alle fokusgruppeintervjuene skulle gjennomføres som fysiske møter, men som følge av usikkerhet rundt avstandsbegrensninger i den pågående pandemien måtte jeg også planlegge for at intervjuene kunne gjennomføres digitalt. Dette gjorde jeg ved å sjekke at det var lokaler som kunne romme grupper med avstandskrav mellom deltakere i samme rom. Dersom dette ikke var mulig å gjennomføre ville plan C være individuelle intervju. Samme intervjuguide ville bli benyttet, rekruttering av informanter ville endres til individuelle intervju (Forskning, 2019; Kvale & Brinkmann, 2019).

#### **4.5.2 Intervjuguide**

Jeg laget en intervjuguide med 6 åpne spørsmål/tema, og hvor hjelpespørsmål kunne benyttes for ytterligere utdyping av tema om jeg trengte dette. Intervjuguiden hadde åpne spørsmål med tema som omhandlet terapeutenes forhold til inkludering av pårørende og deres forhold til bruk av digitale verktøy for dette. Temaspørsmål med fokus på at de skulle fortelle, beskrive og dele sine erfaringer med hverandre.

Jeg testet spørsmålene ut på forhånd med en kollegagruppe. Dette for at spørsmålene kunne justeres dersom behov (Kvale & Brinkmann, 2019). Tilbakemeldinger fra denne runden ble at jeg fikk tydeliggjort at ved å spørre åpent forløp praten forløp lett mellom deltakerne, og de tilføyde eksempler fra sin praksis til de andres fortellinger. Det var ikke så mange hjelpespørsmål som ble brukt. Jeg valgte likevel å ha de med til de andre fokusgruppene.

Intervjuguide med støttestikkord/hjelpespørsmål er vedlagt, vedlegg 3.

### 4.5.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Høsten 2021 har jeg gjennomført tre fokusgruppeintervju. Mellom første og siste intervju gikk det to måneder. To av intervjuene ble gjennomført fysisk, og det siste måtte som følge av begrensinger ved pandemien gjennomføres digitalt. Utfyllende opplysninger om fokusgruppene finnes i tabell 1.

Gruppe	Antall	Yrke	Digital erfaring før pandemi	Intervju gjennomført	Medmoderator med	Fra samme enhet
1	4	Psykolog Familieterapeut	Nei	Fysisk	Ja	Ja
2	4	Psykolog Psykolog- spesialist	Ja/nei	Fysisk	Nei	Ja
3	3	Sykepleier Sosionom Psykolog	Nei	Digitalt	Ja	Nei

Tabell 1 – Fokusgrupper. Viser de 3 ulike fokusgruppene med antall deltakere, yrkesgrupper, erfaring med digitale verktøy før pandemien, hvordan intervju ble gjennomført, om medmoderator var med, samt om informantene kom fra samme enhet.

Det å ha en ikke-styrende stil i fokusgruppeintervjuene ville kunne opprettholde og legge til rette for gruppens dynamikk og prosess (Malterud, 2012). Samtidig måtte jeg være oppmerksom på at tema må være i fokus for at gruppens assosiasjoner og gjensidige påvirkning ikke skal forlate det som er utgangspunktet for at gruppen samles.

Ved oppstart av første og andre fokusgruppeintervju samlet jeg inn skriftlig samtykke til deltakelse fra informantene for å være med i intervjuene. I det siste intervjuet kom samtykket fra hver og en muntlig via videokonferanse, og opptakene startet etter at samtykke ble gitt. Ingen informanter har i ettertid trukket tilbake sine samtykker.

Alle intervjuene startet med en presentasjonsrunde av hele gruppen, så introduserte jeg hvem jeg var og hensikten med studien. Rammene for fokusgruppeintervjuet ble avklart og oppgaven til medmoderator ble ytterligere presentert. Fra NSD hadde jeg fått en presisering om å gi informasjon om at informantene ikke var fritatt fra sin taushetsplikt, slik at de ble anmodet om å aidentifisere sine fortellinger fra egen praksis

I intervju en og tre gikk flyten i samtalen mellom informantene raskt lett. I intervju en kom informantene fra en og samme enhet, slik at de hadde kjennskap til hverandre på forhånd. Dynamikken i gruppene var god. De drøftet tema og hentet hverandre inn til tema som var utgangspunktet om noen ble or lenge opptatt av sidespor til temaene. Det tredje intervjuet var via videokonferanse. Her representerte informantene to ulike enheter, men de kjente hverandre godt. Ved avslutning av dette intervjuet kom det spontant fra begge deltakerposisjonene at det opplevdes som vi var ved samme bord, at det digitale ikke hadde påvirket flyt i samtalen og dynamikken mellom deltakerne.

I intervju to var informantene fra samme enhet, men de tilhørte to ulike behandlingstilbud. De hadde kjennskap til hverandres profesjoner, men ikke detaljer fra hver sine behandlingstilbud. Dette gjorde at starten på intervjuet ble delt i to beskrivelser. De som jobbet med en type tilbud presenterte først sine beskrivelser av sitt arbeid, om inkludering av pårørende digitalt. Deretter beskrev de andre som jobbet i et annet type tilbud om sin praksis. Når dette var gjort ble flyten og dynamikken bedre i gruppen, og de utdypet og utfylte hverandres fortelling mer enn i starten på samtalen. I medmoderator sitt refleksjonsnotat til dette intervjuet poengterte hun at starten på intervjuet bar preg av å « snakke sammen » informantene. Det å la gruppemedlemmene få tid til å bli kjent med hverandres arbeidshverdag ble betydningsfullt for å kunne få flere beskrevne hendelser til temaet for min studie. Om deres usikkerhet om behandlingssammenheng var for ulik ikke hadde blitt håndtert, kunne det påvirket gruppeprosess og gruppedynamikk ved å bli en todelt gruppe i intervjuet. Sammensetning av deltakere i fokusgruppene er av betydning for hvilke beskrivelser en kan få om temaet forsker vil studere (Malterud, 2012).

Hvert intervju hadde en tilbakemelding fra medmoderator på gruppens dynamikk, intervju en og tre muntlig og intervju to skriftlig.

Mine data ble tatt opp på lydbånd etter retningslinjene til UiT for nettskjema som verktøy for datainnsamling (UiT). De tre fokusgruppeintervjuene hadde til sammen varighet på

intervjuene på henholdsvis 1t 20 min, 1t 15 min og 1t. Alle temaene fra intervjuguiden ble berørt i alle tre fokusgruppeintervjuene.

Neste avsnitt beskriver prosess i intervjurollen og begrunnelse for valg av medmoderator.

#### **4.5.4 Intervjurollen og medmoderator**

Selve intervjurollen ble for meg en ny opplevelse. Jeg var ydmyk til og spent for denne nye rollen, moderator. Jeg ble tidlig oppmerksom på og reflekterte over i forkant av intervjuene at jeg måtte våge å stille selvsagte oppfølgingsspørsmål om tatt forgittheter, slik at nyanser og flere beskrivelser ikke gikk tapt fordi jeg trodde jeg forsto (Malterud, 2012).

I intervjuet som foregikk på videokonferanse kjente jeg i starten på en uro om flyten i samtalen ville gå lett mellom informantene. En grunn for at jeg lurte på hvordan flyt og dynamikk ville fremstå mellom informantene, var at de måtte sitte på rad ved siden av hverandre som følge av kameravinkel og mikrofon i deres studio. Men det viste seg raskt at de ikke lot denne type plassering hindre seg i å snakke til og med hverandre.

Å ha medmoderator i fokusgruppeintervju var nytt for meg. For meg ble det et strategisk valg når jeg skulle finne en medmoderator. Valget falt på en kollega som ikke jobbet ved en poliklinisk enhet og som hadde erfaring fra forskning. Jeg hadde tidligere samarbeidet med vedkommende ved skriving av en fagartikkel. Hun takket ja til oppgaven, men hadde ikke tidligere erfaringer med å være medmoderator i fokusgruppeintervjuer. Jeg ga henne artikler og informasjon om hvilken litteratur jeg hadde lest om fokusgrupper. Vi hadde en samtale oss imellom, i forkant av selve intervjuene, om tanker rundt fokusgruppeintervju og oppgavene til moderator og medmoderator.

I arbeidsfordeling mellom oss fant vi ut etter første intervju at hun også skulle ta den praktiske oppgaven med å passe tiden, samt gjøre nytt opptak på nettskjemaet diktafon. Dette da et opptak hadde kun 45 minutters varighet før en måtte starte nytt opptak. Medmoderator deltok i to ettersamtaler med lydopptak, hvor vi drøftet gruppeprosess og gruppedynamikk, samt intervjuers ledelse av gruppen. Medmoderator tok feltnotat til begge intervjuene hun var fysisk til stede i, samt ga et refleksjonsnotat etter å ha lest transkribering av det intervjuet hun ble forhindret fra å delta i.

For meg som forsker i et fagfelt jeg også praktiserer i, med perifer kjennskap til noen av informantene, var det svært tilfredsstillende, for ivaretagelse av informantene og prosessen mellom oss alle i gruppene, å ha med en medmoderator.

På hvilken måte jeg jobbet med taleopptaket fremkommer i neste avsnitt om transkribering.

#### **4.5.5 Transkribering**

Jeg transkriberte hvert intervju i etterkant. Dette for å lettere huske hvem sin stemme som tilhørte hvem. Det var tidskrevende å transkribere fordi jeg ikke hadde gjort det tidligere. Noen deler av intervjuene måtte jeg høre over flere ganger, da enkelte snakket sakte eller for fort for meg til å høre hva som ble sagt med en gang. Når jeg transkriberte markerte jeg pauser, latter, sukk, ord og setninger med svak eller hevet stemme. Jeg brukte tegnene som ble anbefalt fra Halkier sine tips om transkribering (Halkier & Gjerpe, 2010). Jeg fjernet navn, dialekter og stedsnavn for å aidentifisere og beskytte deltakerne. De ble gitt tallkoder i transkribering, for så å gi engelske navn og bytte om kjønn i resultatdelen. Som intervjuer fikk jeg M for moderator og medmoderator fikk MM.

Etter transkribering satt jeg igjen med et materiale, som også inkluderte ettersamtaler og feltnotat, bestående av 84 sider tekst med linjeavstand 1.5. Arbeidet med analysen presenteres i neste avsnitt.

#### **4.6 Analyse**

De tre fokusgruppene ga meg et stort materiale som jeg skulle analysere og fortolke. Jeg leste over materialet for å skape meg en oversikt over innholdet slik at jeg etter hvert skulle kunne se sammenhenger og mønstre. Jeg beveget meg så over til fasen med analyse og fortolkning.

Å jobbe med et materiale er å veksle mellom materialets helhet og deler, en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess. Thornquist skriver at den dynamiske erkjennelsesprosessen er i tråd med den hermeneutiske sirkel, hvor en forstår helheten gjennom delene, og delene gjennom helheten (Thornquist, 2018, s. 171). Å pendle mellom helhet og deler for å forstå begge perspektiver best mulig er Gadammers versjon (2007) av den hermeneutiske sirkels veksling, og sirkel-metaforen er uunngåelig fordi den beskriver et strukturelt, ontologisk

forhold ved forståelsen. Siden sirkelbegrepet er kritisert for å antyde at man ikke kommer videre, men alltid havner tilbake til start, tas ofte metaforen spiral i bruk. En spiral legger til grunn stadig nye måter å forstå på, for å få dypere innsikt (Thornquist, 2018, s. 171). For meg betyr dette at i analysearbeidet vil denne vekslingen mellom materialet mitt, teoretiske ideer fra STS/ANT og erfaring, deler og helhet, være sentral. Fra STS perspektiv er materialet mitt en tekstlig produksjon av det som gjøres i praksis, en tekstlig sosial konstruksjon. Det å følge aktørene er også å se etter hva som skapes i relasjonene mellom aktørene i aktør-nettverket. I STS-teori beskrives det å se og fortolke det som skapes i relasjonene som kunnskapens fortolkningsmessige fleksibilitet (Skjølvold, 2017, s. 46). Jeg forstår det slik at fortolkning gjøres ulikt av ulike forskere og er påvirket av sosial og kulturelle forhold. Fortolkning og analyse er ikke lineære prosesser, men en vekselvirkning i spiralform. Min forståelse av dette er at min analyse vil være min versjon, en versjon, av fortolkningen utfra hvor jeg til enhver tid er. Derfor har jeg også redegjort for min egen forforståelse i kapittel 4.2.

Analysen gjennomførte jeg som en tematisk analyse (Johannessen, 2018). Tematisk analyse er en metode som kan gi en rik beskrivelse av mønstre i teksten gjennom å identifisere, analysere, organisere og beskrive disse mønstrene. Jeg tok utgangspunktet i materialet med følgende spørsmål; hva handlet dette om, hva er min fortolkning, og hva er min forforståelse. Jeg jobbet utfra de 4 stegene Johannessen anbefaler for gjennomføring av tematisk analyse; forberedelse-fasen som skal gi meg oversikt over data, koding -fremhever og ordsetter viktige poeng, kategorisering -gir kodingen mer generelle tema, og til sist rapportering -beskriver tema og dets innhold (Johannessen, 2018, s. 282). Jeg har vekslet mellom stegene og ikke fulgt de lineært.

Forberedelse: Transkripsjonene av intervjuene ble først lest gjennom flere ganger. Jeg skrev ned antakelser om hva som kunne være sentrale kategorier. Disse la jeg til side for så å starte kodearbeidet.

Koding: Kodearbeidet mitt var inspirert av hvordan Tjora (2010a, s. 155) beskriver at forsker skal kode for å være nærmest mulig egen empiri . Hvordan holde utgangspunkt i hva informantene virkelig sier, og ikke hva jeg antar de snakker om. Det å la ordene som er beskrevet være tydelige i kodingen, ikke lage overordnede begreper for tidlig. Dette var for meg en krevende prosess med mye prøving og feiling om hva som sto frem som koding. Når jeg så kodet etter det jeg forsto som hans beskrivelse av empiri-nær koding, fikk jeg 302 koder.

Kategorisering: Kategorisering av kodingen ga deretter 14 ulike kategorier: selve samtalen, tid, rigging av teknisk utstyr, forberedthet, ikke forberedthet, videokonsultasjoner, telefonkonsultasjoner, begge deler, kontinuitet, faglige begrunnelser, digital avstand, brukervennlighet, støtte for pårørende, ikke samtidig i behandling.

Rapportering: Jeg grupperte de 14 foreløpige kategorier opp på store veggmonterte ark og markerte fargekoder på disse. Deretter ble kategoriene færre, og tema som; sammen eller hver for seg, utenforskap-hvem velger, det kjente og det ukjente samt fremover-mulighetsrommet ble overordnede tema jeg lenge hadde søkelys på.

I analyseprosessen når jeg skulle beskrive tema og dets innhold, rapportering, ble jeg oppmerksom på hvor mye det digitale verktøyet hadde en posisjon i relasjonen mellom pårørende, pasienter og terapeuter, og hva de skapte sammen. Jeg fant teori om STS/ANT som mer beskrivende, utvidende og det ga meg mer forståelse for feltet jeg forsket i. Jeg leste meg opp på denne måten å se perspektiv mellom mennesker, teknologi og organisasjon. Jeg hadde vært i feltet og forholdet meg til det som ble observert og fortalt med en agnostisk holdning. Med agnostisk holdning menes å ikke ha et sett av ferdige begreper med seg for så å studere praksis, men være tro til det som ble observert og fortalt. Forskeren skulle være tro til symmetriprinsippet, det vil si å undersøke både det som fremsto som suksesser og det som fremsto som mislykkethet/feil. Samme begrepsapparat skulle undersøke begge disse symmetriene (Skjølsvold, 2017, s. 70). Jeg oppfattet det slik at en ikke skal ha forhåndsbestemte «teoribriller» på når en går ut i felt, da dette kan gjøre at forsker ser etter hendelser og situasjoner som allerede forsterker egne ideer.

Domestiseringsprosessen ble sentral for å jobbe med å lande analysen og fremstille resultater, samt ta perspektiver og begreper fra ANT med. Temaene som så kom frem av analysens rapportdel ble; hvordan skapes praksis, hvordan endres praksis og hvordan læres bruk av digitale verktøy. Resultatene presenteres videre som et eget kapittel, kapittel 5.

Neste avsnitt omhandler mine refleksjoner om kritiske betraktninger til egne valg av metode.



## 4.7 Metodekritikk

Jeg har redegjort for mitt valg av fokusgruppeintervju som metode i kapittel 4.1 og 4.5.

Utfordringer med å forske innenfor eget felt kan gi andre perspektiver ved valg av andre metoder. Om jeg hadde valgt en annen metode kunne jeg ha fått andre resultater og en annen vinkling på min oppgave. Å gjøre individuelle intervjuer hadde gitt muligheter for dypere beskrivelser av den enkeltes erfaringer og mere detaljerte refleksjoner (Malterud, 2008, s. 70). Utfra rammen for masteroppgaven ville det medført færre informanter, og jeg hadde vært mer avhengig av å forsikre meg om at informantene hadde erfaringer fra tema for min studie. En spørreskjemaundersøkelse ville gitt en større fysisk avstand til feltet, men begrenset mulighet til utdyping av svar på spørsmål (Malterud, 2008, s. 70).

Valget om å intervju kun en aktør fra denne sosio-teknisk praksisen er et pragmatisk valg jeg gjorde, og jeg er klar over at min studie kun gir beskrivelser av denne praksisen fra gruppen av terapeuter som jeg intervjuet. Aktører som pasienter og pårørende er ikke inkludert i denne studien, men ville kunne gitt viktige bidrag til videre forskning på denne praksisen.

Jeg hadde planlagt for, og presentert i informasjonsskrivet, at gruppene skulle bestå av 4-6 personer og at varighet på intervjuene skulle være inntil 90 minutter. På grunn av fravær ble det i en av gruppe kun 3 informanter. Jeg vurderte allikevel at det var representativt nok for å gjennomføre fokusgruppeintervju. Dette da det var dynamikk og prosess i gruppen som ville avgjøre kvaliteten (Malterud, 2012). Antall deltakere kunne også gi gruppen beskrivelse av å være en mini-fokusgruppe (Malterud, 2012, s. 30; Tjora, 2010b).

Når jeg leste om fokusgruppeintervju og analyse av datainnsamling fra intervjuene reflekterte jeg over kritiske innspill fra Malterud (Malterud, 2012, s. 104) om å være oppmerksom på at gruppedynamikk og den sosiale samhandlingen mellom gruppedeltakerne gjøres ofte lite eksplisitt i analyse og rapportering fra fokusgrupper. En kritisk innvending er om enheten for analyse blir gruppen eller enkeltpersoner. Jeg støtter meg til beskrivelser om at analyser som er basert på temasentrert tilnærming innebærer at informasjon fra alle deltakerne sammenlignes, og med tematisk analyser fortolkes materialet i en dynamisk prosess i det teoretiske rammeverket (Braun & Clarke, 2006; Malterud, 2012; Polit, 2020a). Dette kritiske bakteppet er noe jeg har reflektert over i valg av metode og i analysen. Jeg har også beskrevet gruppens dynamikk og prosess i kapittel 4.5.3 og 4.5.4.

Neste avsnitt omhandler validitet og generaliserbarhet til min studie.

### **4.7.1 Validitet og generaliserbarhet**

Validitet og generaliserbarhet til analyser, argumenter og kunnskap som kommer fra produksjon av fokusgruppemateriale kan ikke gi en tydelig sannhet, men er med på å bringe inn en versjon av praksis og refleksjoner til det som skjer i praksis (Halkier & Gjerpe, 2010). I følge Halkier er det faktorer som kan gjøre bruk av fokusgrupper mer overbevisende og gyldige. Som jeg tidligere har beskrevet er antall beskrevne hendelser i en fokusgruppe mer valide enn hvor mange fokusgruppeintervjuer en forsker utfører (kapittel 4.5). Som forsker må man forsikre seg at en undersøker det en planlegger, at de teoretiske begrepene og kategoriene, samt metodiske verktøy som brukes har sammenheng med studiens kunnskapsinteresser. Likså innebærer validitet at fortolkninger og analyser harmonerer med det empiriske feltet (Halkier & Gjerpe, 2010, s. 127).

Pålitelighet vil i min studie være at jeg har vært så eksplisitt i min omgang med å produsere og bearbeide data at andre kan vurdere om det er gjort et ordentlig arbeid. At jeg har argumentert og vist frem mine valg, også de pragmatiske valgene (Halkier & Gjerpe, 2010).

Mitt utvalg består av 11 informanter og er et strategisk utvalg. Det som jeg formidler i min studie, vil være mine fortolkninger til mine funn fra analyseprosessen. Det vil derfor være en analytisk generaliserbar studie og gir dermed en versjon av praksis (Halkier & Gjerpe, 2010, s. 132).

I neste avsnitt redegjør jeg for den forskningsetiske prosessen og vurderinger relatert i min studie.

## **4.8 Forskningsetiske vurderinger**

I hele prosessen har de forskningsetiske overveielsene vært gjennomgående ved at jeg som forsker har ansvar for å gjøre disse refleksjoner i alle ledd i min forskning. I forkant av selve kontakten med informantene var de forskningsetiske overveielsene om hvilken nytte studien min ville ha for feltet. Gjennom utformingen av prosjektbeskrivelsen hadde jeg som forsker forpliktet meg til å sette meg inn i forskningsetiske regler og lover. Sentralt i dette i Norge er Helseforskningsloven (Helsedirektoratet, 2017). Denne loven bygger på Helsinkideklarasjonen som setter status for helsefaglig forskning (Forskning, 2019). Lov om personvern er sentral i kvalitativ forskning, og alle informanter skulle kunne bekrefte sin deltakelse gjennom informert samtykke. Dette innebar ikke kun å få anledning til å skriftlig si

ja eller nei til å delta i studien, men også ha mulighet til å kunne trekke seg fra studien underveis i prosessen (Ruyter, 2003). Både informasjonsskriv om studien og skriftlig informert samtykke var utformet i henhold til krav fra NSD, og ble gjennomført for å sikre informantene og forskningen best mulig ut fra forskningsetiske hensyn. Mal for skriftlig samtykke er vedlagt oppgaven, vedlegg 3.

Studien ble søkt til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for godkjenning da lydopptak er personsensitive opplysninger (NSD, 2021). All forskning skal søkes om godkjenning og min studie er godkjent av NSD, svar fra NSD er vedlagt, vedlegg 1.

Ut fra retningslinjer for klassifisering av informasjon ved UiT er materialet mitt klassifisert i konfidensklasse gul, som vil si begrenset konfidensialitet. Risiko- og sårbarhetsanalyse, ROS-skjema, lydopptak, oppbevaring og lagring av data var gjort i samsvar med krav fra UiT Norges arktiske universitet (UiT).

Jeg valgte å ha skriftlig forskerlogg for å sikre det forskningsetiske perspektivet gjennom min forskerprosess. Jeg noterte her de ulike trinnene over arbeidet ved masteroppgaven med mine refleksjoner tillagt.

Mitt valg av metode fordrer forskningsetiske refleksjoner. Fokusgruppe som metode er avhengig av relasjon og tillitt mellom deltaker og forsker. Som forsker og moderator må jeg bruke tid på å skape og ta vare på tilliten på en respektfull måte. Dersom emosjonelle tema, uenighet mellom deltakere eller sensitiv informasjon om arbeidstedet fremkommer, må jeg ivareta dette ut fra posisjon som forsker. Ivaretagelse av informanter og forskerrollen forsterkes gjennom mitt valg om å ha med en medmoderator. Dette er redegjort for i kapittel 4.5.4.

I neste kapittel presenteres resultater fra studien, hvordan praksis ble endret, hvordan ny praksis ble skapt, og ny kompetanse og læring for fremtidig bruk av digitale verktøy for inkludering av pårørende i pasientbehandling.

## 5 Resultat

### 5.1 Introduksjon av hovedtemaer

Formålet med studien var å finne ut hvordan digitale verktøy benyttes for å inkludere pårørende i poliklinisk pasientbehandling, gjennom terapeuters beskrivelser av sine erfaringer. Oppsummert er hovedtemaer at praksis ble endret, det ble skapt en ny praksis, og dette ga igjen ny kompetanse og læring for fremtidig bruk av digitale verktøy for inkludering av pårørende i pasientbehandling.

Resultatene peker på at teknologien i seg selv skaper et mulighetsrom med dens tilgjengelighet og fleksibilitet. Tilbud innenfor poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne vil fremstå mer tilgjengelig ved at en kan velge å benytte digitale verktøy ved behov. Flere informanter beskrev at arbeidsmåten, kommunikasjonsformen, endres digitalt. Informantene var samstemte på at de digitale mulighetene fremover vil være et godt supplement til fysiske konsultasjoner for både pårørende, pasienter og terapeuter.

I dette kapittelet presenteres funnene fra studien. De er delt i 3 hovedtema; 5.2 digital verktøy- økt mulighet for inkludering av pårørende? 5.3 hvordan skapes praksis for inkludering av pårørende ved bruk av digitale verktøy og 5.4 hvordan forandres praksis for inkludering av pårørende gjennom bruk av digitale verktøy. Hvert hovedtema presenteres i dette kapittelet med påfølgende undertema.

### 5.2 Digitale verktøy (DV) – økt mulighet for inkludering av pårørende?

Digitale verktøy fremskrives av informantene som et mulighetsrom da det kan øke inkludering av pårørende. Tilgang til, og kunnskap om bruk av teknologien er faktorer som avgjør deltakelse. Hvor pårørende befant seg fysisk hadde ingen implikasjoner for om de kunne inkluderes via digitale verktøy eller ikke. I funnene var pårørende oftest beskrevet med i videokonsultasjoner sammen med pasienten.

### 5.2.1 Brukervennlighet til teknologien

Under tiden med pandemi og frem til fokusgruppeintervjuene ble gjort, høsten 2021, har det vært to ulike programvarer for videokonferanse. Både tilgang til teknisk utstyr, programvare, opplæring og erfaring har utviklet seg mens de digitale verktøy har vært tatt i bruk.

Brukervennligheten til den nyeste programvaren ble beskrevet av informant Annie med ordet «revolusjon», en stor positiv forbedring.

*«Den nyeste programvaren kom våren 2021, den er en liten revolusjon på den digitale arena fordi den er jo bare enda mer brukervennlig og lettvent [jaja] for alle å bruke.» Annie*

Jeg oppfatter det slik at å ha pårørende med fremover, ble fremmet av flere som en større mulighet med mer brukervennlig teknologi for videokonsultasjon, og via høyttaler på telefon. I funnene viser informantene til begrepet brukervennlighet, og beskriver at teknologien skal være både lett å ta i bruk, effektiv å bruke, forhindre feil bruk samt å gi fleksibilitet til brukerne. Jeg tolker det slik at brukerne av teknologien er både helsetjenesten, terapeutene, pasienter og pårørende. Ruth utdyper det hun har erfart som nyttig og en mulighet for fremtidig bruk av digitale verktøy slik;

*«Hadde jeg som behandler vært mer stødig i den nyeste programvaren hadde jeg kanskje tatt det mer sammen, pasient og pårørende. Det er nyttig og ha samtalen sammen, at den andre hører hva som blir sagt, enn å få det referert [hmmm]. Det er jo bare å sende en lenke. Jeg blir å bruke det mer, både fordi det er lettvent, men også fordi de med lang reisevei kan få et tilbud digitalt og fordi de som er ung nå KAN dette mediet.» Ruth*

I funnene finnes flere referanser til situasjoner hvor både pasient og pårørende satt i samme rom via videokonsultasjoner. I noen fortellinger var terapeut og pasient i samme rom og pårørende var med via videokonsultasjon eller ved bruk av telefonens høyttaler.

*«Pårørende kan være med fra alle steder både via video og via telefon. Pårørende er i samme rom ved siden av pasienten på video. Gjennom bruk av telefon med høyttaler inkluderes pårørende samtidig, det øker muligheten for inkludering.» Mary*

Å være på avstand fra hverandre som følge av videokonsultasjoner eller bruk av telefon medfører en digital avstand, noe som beskrives mer i neste avsnitt.

### 5.2.2 Digital avstand mellom deltakerne

Informantene beskriver at digital avstand både åpner opp for tema som det antas er vanskelig å ta opp ved fysiske møter, og det at terapeuter erfarer digital avstand som en situasjon som kan gi utfordringer ved at noen tema holdes tilbake. Dette som følge av at samtalen forgår digitalt og at terapeuter erfares på en annen måte digitalt. Rob gir en beskrivelse av hva teknologien gjør med møtene i dette sitatet;

*«Noen deltakere har gitt seg mer hen til å være ærlig og oppriktige over telefon og video. Det at vi er langt unna, er på digital avstand, senker terskelen. For andre kan avstand gjøre det utfordrende å føle at en kan snakke svært personlig.» Rob*

En informant beskrev at hun som terapeut fremsto mer nøytral på video og at det var utfordrende for henne, men at det også viste seg at noen pasienter og pårørende satte mer pris på en mer nøytral terapeut. Jeg forstår her at en nøytral terapeut gir mindre av sine personlig uttrykk som personlig stil, lukt eller personlige tekstmarkører fra sitt kontor. Slik Eliza beskriver det;

*«Positiv med digital avstand, det kan gi en mer nøytral terapeut. Færre personlige og institusjonelle markører fra rommet. Fremstår heller ikke så fysisk nær. Noen åpner seg mer og raskere digitalt, det er slik at jeg lurar på om terapeuter noen ganger blir for personlig ved fysiske møter?» Eliza*

Det fremkommer også at arbeidsformen kan være mer tidseffektiv, dette omhandles i neste avsnitt.

### 5.2.3 Tidseffektivitet for terapeutene

Gjennom digitale konsultasjoner får terapeuter en annen og mer effektiv arbeidsdag. De kan planlegge for flere konsultasjoner gjennom en tidseffektiv struktur på arbeidsdagen. De deler erfaringer med tidseffektivitet og det å kunne gi et tilbud til flere gjennom mulighetene for mer strukturerte arbeidsdager.

*«Det blir mindre småprat ved oppstart og avslutning på konsultasjonene, Hei hei nå er vi på og DING så er de borte. Så med video kan jeg sette konsultasjoner opp med kortere pauser mellom. Nå kan man opprettholde tilbudet mer, vi blir mer effektive, kan gi hyppigere timer,*

*og det trenger ikke bli pauser/brudd ved ulike fravær. For meg er det veldig mye mer fleksibelt å møtes via videolenke i fremtiden, åpner opp for at flere kan få tilbud.» Sophie*

Jeg oppfatter funnet slik at de digitale hjelpemidlene både opprettholder tilbud og effektiviserer tjenesten. De bidrar også til å strukturere arbeidsdagen for terapeutene.

Neste avsnitt presenterer resultater om hvordan praksis skapes.

### **5.3 Hvordan skapes praksis ved bruk av DV for inkludering av pårørende?**

Bruk av digitale verktøy ivaretar det å være flere involvert i pasientbehandlingen. Gjennom å ta teknologien i bruk kan ulike nettverk opprettholdes.

Funn fra de 3 fokusgruppeintervjuene viser at det i svært liten grad var tematisert pårønderarbeid via digitale verktøy i faglige drøftinger innenfor informantenes enheter, hverken pårønderrettigheter eller erfaringer med inkludering av pårørende i pasientbehandling. Informantene beskriver hvordan inkludering av nære pårørende er avhengig av at pasient samtykker til inkludering, men at de i ulik grad informerer og oppfordrer til felles møter.

*«Vi har lite eller ingen drøftinger om pårørende som tema på fagmøter. Pasienten inviterer selv sine nære pårørende. Pårørende har noen ganger vært med gjennom hele behandlingsforløpet. Andre ganger ønsker ikke pasient å invitere med sine pårørende, da blir det gjerne slik.» Annie*

Jeg forstår funnet slik at pasienten legger premissene for om pårørende inkluderes eller ikke, ikke bruk av digitale verktøy og at det ofte er slik at pasientene inviterer med sine pårørende i pasientbehandlingen.

*«Ja, der har jeg iallfall ingen som har sagt at de ikke vil være med fordi vi ikke møtes fysisk, men digitalt. De tilpasser seg mediet. Det er en selvfølge for meg å ha med pårørende. Pårørende er glad for å være med, glad for å få vite og stort sett veldig fornøyd med å bli inkludert.» Joan*

Jeg oppfatter funnene slik at de viser at ingen terapeuter hadde erfaringer med at pårørende hadde takket nei til deltakelse som følge av bruk av digitale verktøy. Hvordan teknologi kan bidra til å bygge nettverk presenteres i neste avsnitt.

### **5.3.1 Hvordan teknologien bidrar til nettverksbygging mellom aktører**

Innenfor psykisk helsevern for voksne beskrev noen informanter arbeidsformen nettverksarbeid. Nettverksarbeid er å inkludere og samtale med flere mennesker i pasientens behandlingstilbud (Seikkula & Arnkil, 2013). Nettverksarbeid ble nevnt av flere informanter som en arbeidsform som ivaretar pårørendeinkludering, og at nettverksarbeid gir trygghet til terapeuten. Når pårørende er med via digitale verktøy beskriver informant Eliza at samtalen oppleves mer hel, at alle hører det samme samtidig. Jeg tolker det som en beskrivelse av en type kvalitet ved inkludering.

*«Å få nettverk med tidlig gjør meg tryggere i min jobb. Å høre det samme sammen blir helt, og å høre hver for seg blir halvt. Å høre det samme sammen ivaretar muligheten for felles utvikling. Det er vanskelig å tenke seg at man kan få til kontekstuelle endringer uten at andre blir involvert.» Eliza*

I intervjuene ga informantene begrunnelser for at det å høre det samme samtidig demper stress i nettverket. Dette funnet tolker jeg til å være svært relevant da pasientens oppgitte nære pårørende er en del av pasientens nettverk. Informanter uttalte at for å bryte mønstre må en være flere sammen samtidig. Å ta i bruk digitale verktøy ivaretar den relasjonelle konteksten med å være flere, at en ikke er alene.

Når pårørende er deltaker i behandlingen uten å være sammen med pasienten, viser funn til at de var med fordi enten pasient hadde bedt terapeuten om å ringe pårørende, eller at pasient hadde bedt pårørende om å ringe terapeuten. I andre tilfeller beskriver terapeuter at de valgte å ringe pårørende for å få utfyllende opplysninger om pasientens situasjon (komparent opplysninger) eller for at pårørende skulle kontaktes som en del av en anamnese/utredning.

*«Ved behov for komparent opplysninger er pårørende oftest med via telefon eller hvis de har noen spørsmål, eller hvis bare pasient ønsker at jeg skal ringe for å gi litt informasjon. De hører ikke det samme, snakker med de hver for seg via telefonen, men har pasientens samtykke.» Rob*



Felles for alle disse beskrivelsene var at det forelå et samtykke fra pasient i forkant om hva som kunne deles mellom terapeut og pårørende, og at de ikke hørte hva som ble sagt samtidig. Det ble referert fra samtalene i etterkant.

I ett fokusgruppeintervju fortalte terapeuter at de hadde telefonkonsultasjoner med pårørende med utgangspunkt i pårørendes behov for støtte. Å gi støtte for pårørendes egen del ble gitt via telefon. Her var pårørende ikke sammen med pasienten.

*«Vårt tilbud har fokus på å gi støtte for pårørende for sin egen del. Dette tilbudet gir vi til pårørende via telefonen, hvis de vil ringe oss.» Ruth*

Gjennombruk av videokonsultasjoner får en se inn i hverandres oppholdssted, disse funn presenteres i neste avsnitt.

### **5.3.2 Å se inn i hjemmet – ett glimt**

Det å få se inn i hjemmet hos pasient og pårørende ble beskrevet som en anledning som kunne gi tilleggsinformasjon. Hvorvidt det ble kommentert direkte på hva de så, ga informantene ulike beskrivelser av.

Funnene delte seg i to, fra de med kort erfaring og til de med lang erfaring med bruk av videokonsultasjon. De med kort erfaring fra å jobbe digitalt opplevde at de måtte gi tilbakemelding på det de så;

*«Mange begynte med digitale verktøy under pandemien og hadde ikke gjort det før, og da ble det plutselig rart å se rett hjem i husene til folk, det blir jo litt personlig på en annen måte [ja ja]. Man får jo en del informasjon fra det også faktisk, hvordan de har det hjemme, et glimt. Vi så jo personlige ting. Å- så fint dere har det. Det sier man jo ikke når folk kommer inn her på kontoret» Eliza*

De med lang erfaring fra å jobbe digitalt med videokonferanse uttrykte følgende;

*«Jeg har jobbet så lenge på video, så jeg er forbi dette å kommentere på det du ser i hjemmet, men behovet for å kommentere forsvinner etter hvert, var kanskje sånn i starten. Jeg kjenner det igjen hos de uerfarne.» Annie*

Ved bruk av videokonsultasjoner kan terapeuter få tilleggsinformasjon fra de omgivelsene som pasienter og pårørende deltar fra. Jeg forstår det slik at slike observasjoner av bakgrunn i pasient og pårørendes hjem, kan gi informasjon som ikke kommer frem ved fysiske møter på et behandlerkontor. Er det ryddig, rent, møblert, vises hobbyer og lignende. Denne type observasjoner kan gi utgangspunkt til tema i samtaler og gi informasjon om selvivaretagelse og mestring, samt fravær av dette.

Å la barn delta via videokonsultasjon ble en inkluderende arena, der barn kunne være på et kjent sted sammen med sine foresatte. Dette til forskjell fra å bli med til behandlerens kontor på sykehuset, en ukjent arena.

*«Det var viktig for barnet å se hvem foreldrene møtte, og for oss å se barnet. De ble med via video en kort stund, det var et lite barn. De var sammen med sine foreldre hjemmefra.» Eliza*

Jeg tolker det slik at det å kunne se hvem som møtte hverandre via videokonsultasjon var et perspektiv og en mulighet som ble trukket frem der barn var pårørende og kunne bli deltakere. Gjennom bruk av digitale verktøy får terapeuter også andre typer informasjon om pårørendes situasjon gjennom det de ser av pasienters og pårørendes omgivelser. Jeg forstår det slik at denne typen informasjon kan tematiseres i samtalen mellom de involverte, men at informantene vektla dette forskjellig.

Neste avsnitt omhandler presentasjon av resultater fra hvordan forandres praksis.

## **5.4 Hvordan forandres praksis for inkludering av pårørende ved digitale verktøy?**

### **5.4.1 «Vi måtte hoppe i det», kunnskap om og erfaring med digitale verktøy**

Da pandemien kom, og tjenestene stengte dørene var det ikke noe annet å gjøre enn å ta i bruk digitale verktøy. Å levere tjenester var det primære ansvaret og den primære oppgaven.

Hvordan gjøre det, utføre det, måtte terapeuter finne ut av. Informantene var i varierende grad forberedt til omleggingen av tilbudet, og hadde ulike kunnskaper om de digitale verktøy.

Denne raske omleggingen beskrev informant Ruth slik:

*«Jeg tror at det ble forventet at vi bare måtte gjøre mer via digitale verktøy, for vi hadde jo stengt døren her, sant. Vi måtte hoppe i det.» Ruth*

De fleste informanter beskrev at det tekniske med videokonsultasjoner var utfordrende i starten enten for dem selv, for pasient eller for pårørende. Informant Sharon beskrev endringen i tjenestetilbudet, og hvordan det første møtet med videokonsultasjon ble for henne, pasient og pårørende, på følgende måte:

*«Jeg forsøkte i begynnelsen med videokonsultasjoner, de første pasient og pårørende jeg skulle gjøre det med fikk ikke det tekniske til, det ble telefon. Det tekniske med video er kanskje vanskelig, jeg er flinkere til å tilby videokonsultasjon nå enn tidligere.» Sharon*

I forkant av oppstart av digitalt tilbud hadde informantene ulik kunnskap om de to digitale verktøy. Noen var mer kjent med å bruke telefon, og foretrakk i større grad telefonkonsultasjoner. Videokonsultasjoner ble en ny erfaring som de utviklet kunnskap om parallelt med at de ga tilbudet.

*«Jeg er så vant med å snakke med pasienter og pårørende i telefon, det har blitt en del flere telefonkonsultasjoner etter pandemien. Jeg KAN telefon, det andre varierte.» Lilly*

Ifølge informantene varierte pasient og pårørendes ferdigheter med å håndtere digitale verktøy ved oppstart av det digitale tilbudet. Der ferdigheter var lik, ble videokonsultasjoner gjennomført med gode opplevelser av både digitalt verktøy og inkludering. Informantene, (9 av 11), beskrev at de ikke hadde fått opplæring i bruk av digitale verktøy i forkant ved arbeidsplassen. Dette ble gitt underveis av kollegaer og via elektroniske læringsprogram. Selv om det ble lagt til rette for at helsetjenesten hadde teknisk utstyr, var det ikke alle terapeuter, pasienter eller pårørende var klare. Dette formildes av informant Nelly slik:

*«Det var teknisk utfordrende med videokonsultasjoner, i starten helt umulig med de over 70 år. Pasienter og pårørende må jo ha tilgang til digitale verktøy og teknisk kompetanse.» Nelly*

Da opplæring og kunnskaper om det tekniske utstyret varierte i oppstarten, var det viktig å støtte hverandre gjennom veiledning og med tekniske tips og råd. Dette ble gitt både mellom terapeuter, pasienter og pårørende. Informant Eliza beskriver det på følgende måte:

*«Når man strever med å få teknikken til å fungere, så kan jo pasient eller pårørende få et inntrykk av oss som terapeuter at vi ikke er perfekte, at vi ikke får til det der, det vises i hvordan vi reagerer [latter] vi får da veilede hverandre og dele gode tips.» Eliza*

Der pasienter og pårørende var skeptiske i starten til bruk av digitale verktøy var det viktig for informantene å forsøke gradvis tilvenning til digitale verktøy. Ett eksempel på dette er;

*«Jeg har også noen erfaringer der de har sagt at de var skeptiske i starten med telefon eller video, men så prøver vi allikevel, og da sier de at det var lettere å prate over telefon, og noen som har vært skeptiske til video, så prøver vi først med ja sånn tilvenning til video etter hvert.» Sophie*

Informant Annie og Sophie jobbet i ett tilbud som hadde etablert bruk av videokonsultasjoner over år i sitt behandlingstilbud. De som jobbet innenfor dette tilbudet opplevde ikke å starte med noe nytt, men utvide tilbudet til alle aktuelle pasienter og pårørende. Ved oppstart av deres tilbud hadde de også hatt utfordringer med å ta i bruk og det å bli kjent med teknologien, men satt igjen med mange positive erfaringer. De hadde utformet informasjonsskriv om videokonsultasjoner til deltakerne, både pasient og pårørende, i sitt behandlingstilbud:

*«Så for pasienter utenfor «by» har vi møtt hele veien over skjerm, så i flere år har vi møtt pasient og pårørende over skjerm. Det er et unntak å møte de fysisk. Så vi har laget et skriv om det å sitte på lukket rom, det er viktig at alle føler seg trygg, at det ikke står noen og følger med.» Annie*

Jeg forstår det slik at den kunnskapen og erfaringer de hadde fått ble en inspirasjon og et utgangspunkt for å fremheve positiv erfaring fra å bruke digitale verktøy i pasientbehandling innenfor deres felles enhet. I den felles enheten var det en hovedvekt av terapeuter uten erfaring fra bruk av digitale verktøy før pandemiens start mars 2020.

#### **5.4.2 Å kunne bruke digitale verktøy fleksibelt, ulike kombinasjoner**

I funnene viser de til høy grad av fleksibilitet til hvilket verktøy som kunne tas i bruk og på hvilken måte. Informantene beskriver flere forskjellige varianter for bruk av de to digitale verktøy som tas med i denne studien, telefon og videokonferanse.

*«Pårørende kunne jo være med fra overalt via videokonsultasjon eller telefon. Å kombinere med høyttaler på telefon og noen via video kom etter hvert som vi brukte det.» Lilly*

Jeg oppfatter funnene slik at gjennom digitale verktøy ble det lav terskel for å inkludere, da de digitale verktøy også kan kombineres på ulike måter. Informantene fortalte om kombinasjon av video og telefon, kun telefon, kun video og fysiske møter med en part der annen part var med via digitale verktøy.

### **5.4.3 Å miste nonverbal kommunikasjon via digitale verktøy**

I alle fokusgruppeintervjuene var terapeutene opptatt av hva de erfarte via de ulike digitale plattformene, samt hva de også fryktet kunne forsvinne i praksisen med å samtale med pårørende og pasienter gjennom digitale verktøy. Informantene hevdet at teknologien også påvirket hvordan de kommuniserte med hverandre. Det å ikke se hele kroppen til de de samtalte med og ikke kunne bruke hele sin egen kropp, kunne blant annet gi føringer for hvor mye terapeuten valgte å aktivere følelser som tema i terapien.

*«Å møte mennesker gjennom digitale verktøy gir dårligere mulighet til å jobbe, du mister hele kroppen. For jeg vil bruke hele meg og hele dem. Jeg føler at det blir for rotete, jeg ønsker kroppene i rommet. Jeg ønsker det samspillet der, den dynamikken. Det gjør at jeg holder igjen for hvor mye jeg aktiverer følelser via digitale verktøy» Peter*

Jeg tolker det slik at de gir beskrivelse av mindre samspill, mindre kontroll, mindre taushet, redusert blikk-kontakt og mindre nonverbal kommunikasjon. Informant Eliza gir et eksempel på kombinasjon av digitale verktøy i en behandlingssamtale som viser hvordan bruk av en type teknologi gir utfordringer til samtalen;

*«Noen var på video og noen på telefon med høyttaler. Den på telefon tok opp et tema andre i familien hadde lagt lokk på, det var et ikke-tema i familien. Den som var med via telefon slapp en bombe. Den som var over telefon, ser ikke de sosiale signalene som er i rommet. Den ene som ikke kan se deg legger ut ting, ser ikke ansiktsuttrykk, ser ikke noe som helst, ja.» Eliza*

Ved bruk av telefon med høyttaler har man ikke et bilde å forholde seg til, kun lyden av stemmene. Dette er det digitale verktøyet som fratru deltakerne både synsinntrykk og mulighet til å sanse det nonverbale språket.

Jeg forstår funnene slik at de viser til at informantene ser mindre av deltakerne via videokonsultasjoner, da det er begrensinger i skjermbilde. Gjennom bruk av video vil størrelsen på skjermbilde og plassering av videokameraet gi føringer for hvor mye en ser i bildet. Informanten uttaler at på hvilken måte og hvor pasienter og pårørende, samt terapeuter plasserer videokamera bidrar til dette.

*«Gjennom bildet på skjermen så ser jeg kun et begrenset kroppsspråk. Noen unge var skeptiske. De ga ikke et helt bilde på skjermen, fikk kun toppen av panna bilder. Ved sterke emosjoner kunne noen snu bort skjermen. Det gjorde at jeg så kun et begrenset kroppsspråk. Jeg tror de var litt sjenerte.» Lilly*

I funnene beskriver informantene hvordan de opplever at de må spørre mer, være mer aktiv og mer instruerende i en videokonsultasjon. De beskriver en annen dynamikk, en annen flyt i samtalen og et større ansvar for turtaking (hvem snakker når). Slik Mary forteller;

*«Du får ikke den samme flyten i samtalen. Fordi når du sitter i samme rom trenger du ikke si navnet, nå snakker du, så snakker du. Du trenger bare gi et blick, bruke blikket, så flytte blikket. Det får du IKKE til på en pc (latter). Fordi du ser bildet av folk, men kameraet er jo oppe, så for dem ser det ikke ut som du ser på dem. Det gir ikke samme blick-kontakt» Mary*

Jeg oppfatter denne beskrivelsen som at rytmen og opplevelse av hvem sin tur til å snakke påvirkes av å møtes digitalt.

Ved valg av kun telefon som digitalt verktøy forstår jeg det slik at utfordringen ble at en ikke så hverandre og det kunne gi utfordringer ved at hensyn til de sosiale signalene ikke ble tatt med. Å gi et helt behandlingsforløp over telefon ble beskrevet som ugreit. Dette da terapeuten ikke hadde møtt og sett pasient og pårørende. Å møtes fremheves av informantene som betydningsfullt for å kunne gi et forsvarlig helsetilbud. Jeg oppfatter det slik at uten fysiske møter, hvor det visuelle også er tatt med, gjøres vurderinger utfra begrenset informasjon. Dette utdypes i funnene med beskrivelser av at de kunne oppleve å gi mindre omsorg over telefon kontra fysiske møter. Via videokonferanse var det mer greit å ikke ha fysisk møtt hverandre i løpet av et behandlingsforløp.

*«Å ha et helt forløp via telefon uten å ha møtt noen, det er ikke greit. Jeg opplever at jeg kan gi mindre omsorg via telefon og at jeg ikke ser hvordan den andre har det. Men via video, så*

*lenge pasient ønsker det, er det greit. Så via video er jeg ikke sikker på om det fysiske møtet først er like viktig [neiii].» Sharon*

I funnene ble det navngitt enkelte tilstander som en ikke kunne behandle via bruk av digitale verktøy, men disse tilstandene utelukket ikke å ha med nære pårørende. Som eksempel ble det vist til tilstander med traumer, akutte psykiske kriser og reduserte kognitive ferdigheter. Informantene var oppmerksomme på utfordringer med inkludering av pårørende, dersom det var relasjonelle konflikter (vold, trusler og lignende) mellom de som var i samme rom. Teknologien påvirker hvordan aktørene plasserer seg i forhold til hverandre. Både hvordan terapeuter og de som måtte være i samme rom med terapeuten plasserer seg, og hvordan de som er i andre rom som knyttes sammen via et digitalt verktøy plasserer seg. For å få god lyd og alle med i bilde via mikrofon for lyd og kamera, kan det være at noen aktører må sitte nærmere hverandre enn de ville gjort i et fysisk møte.

*«Ofte sitter pasient og pårørende veldig tett sammen. [Det er] utfordrende om de ikke er veldig nære. Ved fysisk konsultasjoner kan de ha avstand i rommet.» Eliza*

I et fokusgruppeintervju var det to informanter med lengre erfaring med bruk av teknologi. De hadde lært seg mer om de sosiale signalene som kan bli vage gjennom bruk av digitale verktøy. Jeg tolker det slik at de hadde kombinert digital og sosial læring i sine erfaringer når de utviklet sitt tilbud. Informantene beskriver at de var mer komfortable og fornøyde med å inkludere pårørende via digitale verktøy, slik Sophie uttrykker det;

*«Vi gjorde oss noen erfaringer som krevde at vi er mer opptatt av å spørre, men også instruere mer på kroppsspråk, faktisk. Vi må spørre alle deltakere mer på video enn om vi var i samme rom fysisk. Hos oss er det et krav at pårørende skal delta, så vi må spørre detaljert til alle deltakere for å sikre at vi har oppfattet det de uttrykker.» Sophie*

Oppsummert fra resultatdelen vil tema hva som skapes i praksis, hva som endres i praksis og hvordan læres bruk av digitale verktøy, digital atferd, være tre hovedtema som tas til drøftingskapitlet og behandles videre der. Dette for at jeg skal få svar på min problemstilling hvilke erfaringer har terapeuter med å inkludere nære pårørende i pasientbehandling via digitale verktøy.

## 6 Drøfting

I drøftingsdelen ser jeg på mine funn fra empirien (kapittel 5) opp mot STS sin tredelte domestiseringsprosess. Jeg velger i første del, kap. 6.1, av drøftingen å vise at ved å følge terapeuter, pasienter og de digitale verktøy i empirien, fant jeg hvordan de ble sammen i heterogene aktør-nettverk. Å følge aktørene er å vise de ulike aktør-nettverkene beskrevet i min empiri som er de digitale praksisene for inkludering av nære pårørende. Jeg benytter begreper fra Aktør- nettverksteori, skript og antiskript, samt begrepet formidlere og det å ta kontroll over egen deltakelse. Dette gjør jeg for å belyse hvordan de digitale verktøy sammen med de andre menneskelige aktørene skaper og stabiliserer denne sosiotechniske praksisen, hvordan translasjonen gjøres.

I kapittel 6.2, drøftes endring av praksis, konstruksjon av mening og meningsdannelse. Her utfylles og utvides den teoretiske forståelsen, til drøftingen av hva som skjer, med teoretiske perspektiver om nonverbal kommunikasjon.

Den siste delen i drøftingen kapittel 6.3, tar for seg siste del av domestiseringsprosessen hvordan læres bruk av digitale verktøy. I domestiseringsprosessen beskrevet som kognitive læringsprosesser. Læring og samproduksjon inneholder også en sosial posisjon. Gjennom teori om situert læring vil det også inkludere det sosiale perspektivet ved læring og kompetanse. Disse teoretiske perspektiver er redegjort for i teoridelen, kapittel 3.

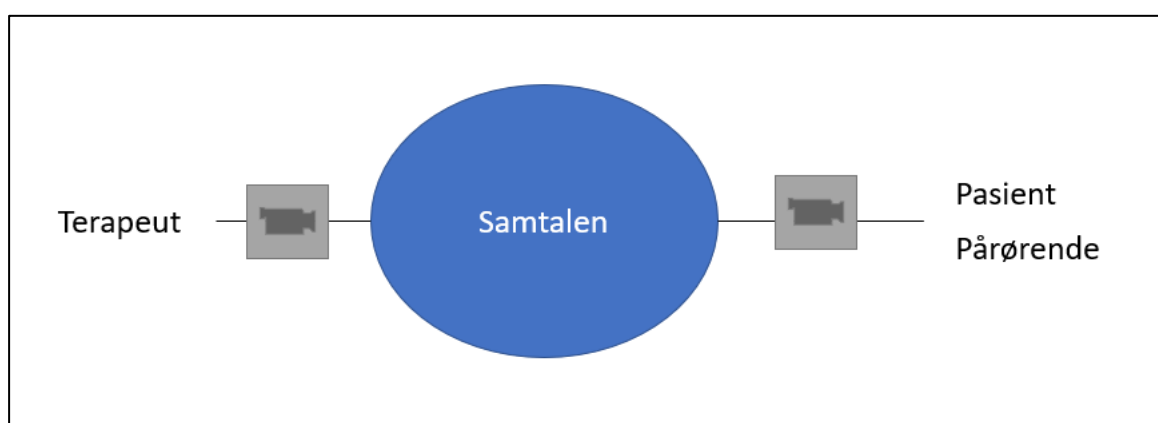
### 6.1 Hvordan skapes praksis- fra teknologideterminisme til domestisering

Ved å ta i bruk teknologien i pasientbehandling kan flere personer inkluderes og delta. Slik etableres nye grupperinger, nettverk, av ulike aktører. Dette skjer ved at flere aktører blir en del av den sosio-tekniske praksisen, også teknologien. Det skapes en ny arbeidsmåte ved bruk av digitale verktøy. Disse variantene av sammensetningene fant jeg gjennom å følge aktørene i empirien. For å synliggjøre at både mennesker og teknologi inngår i samme nettverk og at fokus her er på hva som skjer mellom dem, har jeg illustrert ulike aktør-nettverk med figurerer. Hadde teknologien blitt behandlet for seg selv, ville det vært et deterministisk synspunkt til det som skapes i praksis.



Jeg har valgt å illustrere de ulike former for praksis fellesskap, aktør-nettverk, som informantene har beskrevet, hvor aktørene er tegnet inn, i 3 ulike figurer. Figurene illustrerer hvordan teknologi og mennesker blir en felles enhet.

Figur 1 illustrer det aktør-nettverket som hadde flest beskrivelser i min empiri. At terapeut var enten i eget hjem eller på eget kontor, og hvor pasient og pårørende satt sammen enten hjemme hos pasient eller hos pårørende. Dette beskriver en versjon av inkludering av nære pårørende i pasientbehandling.

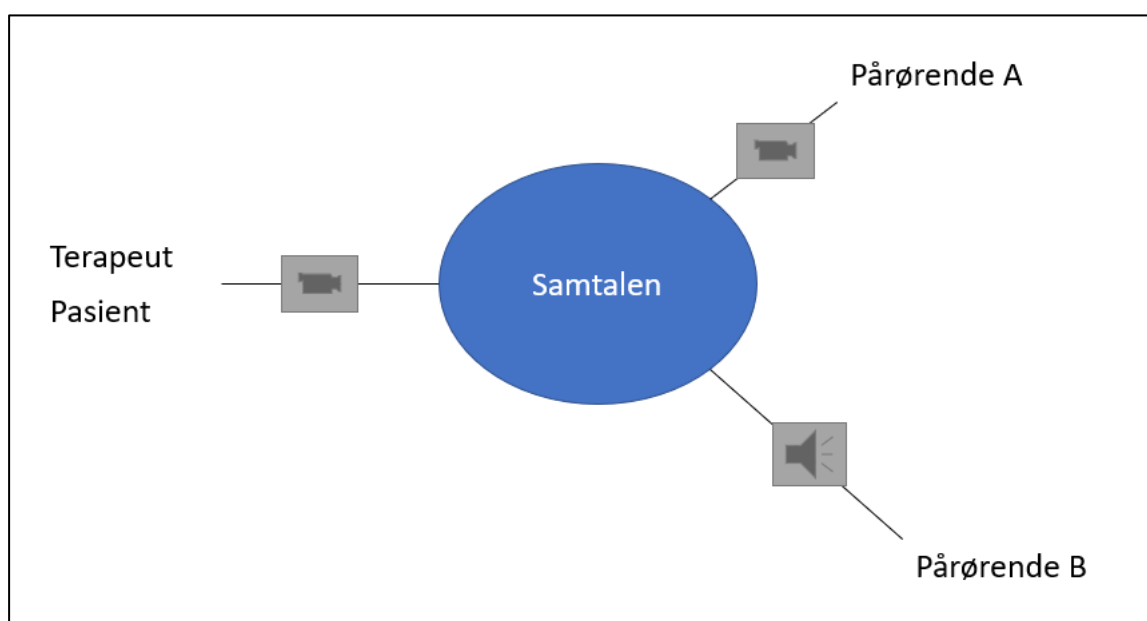


Figur 1 Aktør-nettverk1, digitalt verktøy er videokonferanse, pasient og pårørende sitter samlet sammen. Ikke-menneskelige aktører er beskrevet med symbol kamera for video. Illustrasjon av Heidi Susann Emaus

I sitatet fra Eliza beskrives to av de tre aktørnettverk jeg vil illustrere gjennom figur 1 (første del av sitatet) og figur 2 (eksempelet i sitatet).

Sitat: «Ofte sitter pasient og pårørende veldig tett sammen. [Det er] utfordrende om de ikke er veldig nære. Ved fysisk konsultasjoner kan de ha avstand i rommet. Et eksempel; noen var på video og noen på telefon med høyttaler. Den på telefon tok opp et tema andre i familien hadde lagt lokk på, et ikke-tema i familien. Den som var med via telefon slapp en bombe. Den som var over telefon ser ikke de sosiale signalene som er i rommet, den ene som ikke kan se deg legger ut ting, ser ikke ansiktsuttrykk, ser ikke noe som helst, ja.» Eliza

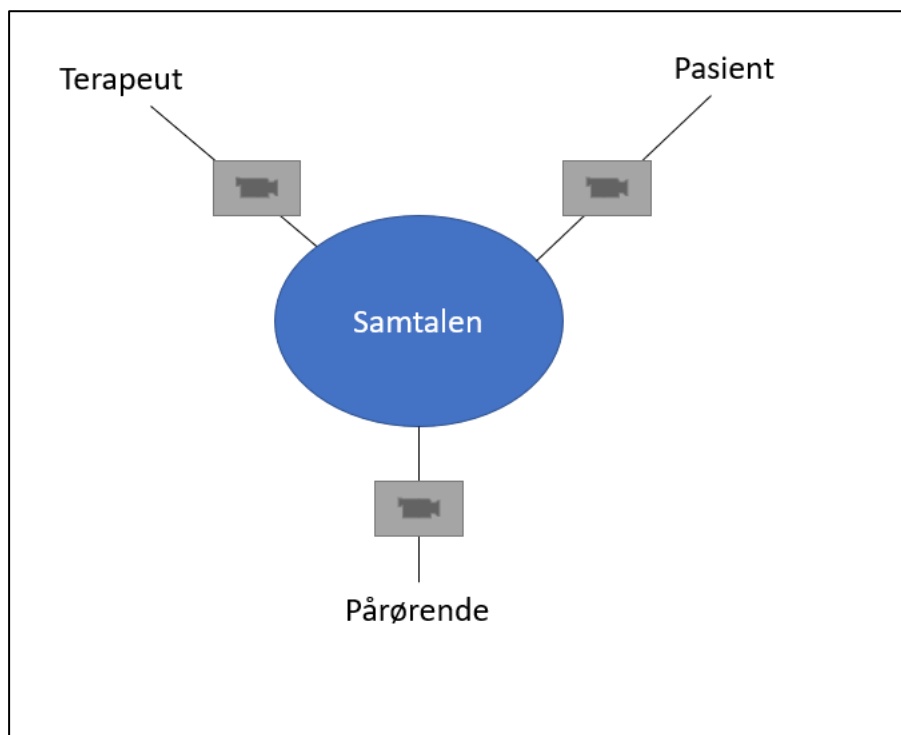
Figur 2 illustrerer eksemplet i sitatet og viser at terapeut og pasient satt sammen fysisk på samme sted, hvor en pårørende var inkludert via video og en annen pårørende var inkludert via telefon. Jeg har tatt med dette aktør-nettverket for å vise hvordan kombinasjoner av ulike digitale verktøy kan inkludere flere, og samtidig gi noen forskjellige bidrag til samtalen. Gjennom aktøren video ser og hører pasient, terapeut og pårørende A hverandre, mens pårørende B som er med via telefon høres av alle, men ser ingen og de andre ser heller ikke pårørende B.



Figur 2. Aktør-nettverk2, digitalt verktøy både videokonferanse og bruk av telefon med høyttaler. Aktørene er plassert 3 steder og det er inkludert to aktører til; en pårørende B og akanten telefon med høyttaler. Ikke-menneskelige aktører er beskrevet med symbol kamera for video og symbol høyttaler for telefon med høyttaler. Illustrasjon av Heidi Susann Emaus.

I sitat fra Eliza beskrives hvordan domestisering av ulike digitale verktøy skaper ulike sammensetninger utfra hvilke aktører som involveres i samtalen. De digitale verktøy er en aktør på lik linje med andre aktørene. Aktør-nettverket påvirkes i de ulike kombinasjoner av sammensetninger; terapeut, pasienten, pårørende samt hvilket og på hvilken måte digitalt verktøy benyttes for å få samlet nettverket. I sitatet til Eliza er både terapeuter, pasient og pårørende samlet ved hjelp av både video og telefon, og noen fysisk sammen.

Figur 3 illustrerer hvordan alle aktører bindes sammen via samme aktant, videokonferanse. Her beskrives hvordan plassering av kamera og mikrofon kan avgjøre hvor mye av aktørens kropp som blir synlig på skjermen. Det at noen aktører viser toppen av panna, snur skjem ved sterke emosjoner eller ikke viser seg, gir en måte å være sammen på som beskrives av informantene som noe som også skjer i praksis, og er med på å skape praksis. Dette eksemplet tas med til drøfting i kapittel 6.2. Dersom en aktør strevde med å få koblet seg på videokonsultasjon, ble det beskrevet at inkludering av denne aktøren gjort via telefon med bruk av høyttaler. De endret bruk av digitalt verktøy, erstattet en aktant med en annen. Dette eksemplet drøftes videre i kapittel 6.1.1.



Figur 3. Aktør-nettverk3, digitalt verktøy videokonferanse, aktørene er plassert hver for seg. Ikke-menneskelige aktører er beskrevet med symbol kamera for video. Illustrasjon av Heidi Susann Emaus.

Det finns ikke studier av det å spesifikk endre digitale verktøy for å inkludere pårørende, men Nilsen med kollegaer (2016) og Greenhalgh med kollegaer (2018) beskriver i sine studier om innføring av videokonsultasjoner, at skepsis til digitale verktøy ofte var relatert til tekniske problem og manglende veiledning fra helsepersonell. Fra Kina kom anbefalinger om omstrukturering av tilbud til digitale verktøy under pandemien. Anbefalinger fremmet flere

ulike digitale løsninger, blant annet internett, telemedisin og videokonsultasjoner. Kombinasjoner var ikke beskrevet (Xiang et al., 2020). I en studie fra Bolle med kollegaer beskriver de hvordan telefon ble brukt i stedet for videokonsultasjon i oppstarten, fordi det var lettere og mer kjent verktøy å ta i bruk, da de skulle innføre videokonsultasjoner mellom helsepersonell og psykiater i akutte situasjoner (Bolle, Trondsen, Stensland & Tjora, 2017).

Jeg tolker funnene i studien min slik at for både terapeuter, pasienter og pårørende blir møtet med teknologien en erfaring som de må ta med seg i møtet med hverandre, også hvordan de samhandler med de digitale verktøy. På hvilken måte de valgte å bruke teknologien, handlet utlukkende om å nå målet med å opprettholde et tilbud. Sitatet til Eliza viser hvordan kombinasjon av de digitale verktøy medførte at flere kunne inkluderes, men også at det brakte med seg nye momenter inn i samtalebehandlingen. Som det at noen kun hørte det som samtales om og at noen både så og hørte hverandre. De ulike måtene aktørene ble sammen på gjennom det digitale, medfører endring av sosiale koder for å være sammen, jeg drøfter dette videre i kapittel 6.2.

Gjennom fokusgruppeintervjuene fikk jeg beskrevet terapeuters erfaringer fra hvordan de digitale verktøy åpnet opp for inkludering av pårørende. Selve bruken av de digitale verktøy omhandlet det å få til å bruke de rent teknisk, men også hvordan det var å utøve et omsorgs- og behandlingstilbud ved bruk av de digitale verktøy. Når teknologi blir en del av nye nettverk, endres den etter hvert som den tas i bruk, samtidig som teknologien i seg selv danner nye relasjoner, får effekt og påvirker hva det betyr å være med den. Det er på bakgrunn av denne påvirkningen at det vises til at teknologien og det sosiale ikke er to separate forhold, men at de inngår i sosio-tekniske relasjoner (Skjølsvold, 2017, s. 27).

Å skulle velge hvilke pasienter og pårørende som skulle få tilbud via digitale verktøy, stiller terapeutene overfor moralske vurderinger. Når skal det brukes og når skal det ikke brukes? Hvem avgjør dette? Under pandemien ble det et tilbud gitt ut til alle, hvor de ulike verktøyene ble valgt ut fra hva som praktisk lot seg gjennomføre. Ved tilbudet videokonsultasjoner gjør pårørende også et valg om å samtykke til å vise eget hjem. Dermed blir teknologibruk ikke bare teknologibruk, det blir også et uttrykk for hvem du er og hvilke vurderinger du har omkring hvordan et liv bør leves (Skjølsvold, 2017, s. 163).

I mine funn uttaler informantene at de har liten plass for drøfting av erfaringer med bruk av digitale verktøy og inkludering av pårørende i arbeidshverdagen. Domestiseringsprosessen

viser hvordan bruk og forbruk er aktive handlinger hvor møtet mellom menneske og teknologi transformerer dem begge. Møtet mellom mennesker og teknologi er et møte med to aktive parter. Domestiseringsprosessen er ikke noe som skjer en gang og i en rett linje, men pågår kontinuerlig over tid (Skjølvold, 2017, s. 161-166). Latour hevder også at som en følge av at sosiale grupperinger ikke er å betrakte som statiske, at relasjoner endrer seg over tid, og at man som en følge av dette må forstå teknologi- og vitenskapsproduksjon som dynamiske og prosessorienterte aktiviteter (Latour et al., 2008, s. 68). Gullslett med kollegaer (2021) fremmer i sin studie at forskning på langsgående effekter ved bruk av teknologi i pasientbehandling er nødvendig .

I kapittel 6.1.1 og 6.1.2 drøfter jeg ved hjelp av begrepene skript og antiskript, samt formidler hvordan ulike sammensetninger berører stabilitet i aktør-nettverk som er presentert i de ulike figurene. Det å følge translasjonen, om aktør-nettverkene dannes slik at de får til å inkludere pårørende, eller de endrer aktanter og dermed aktør-nettverket for å få til inkludering, vil være å følge translasjonen. Translasjon er at det skapes en likhet og en forbindelse mellom aktørene, som før var ulike (Skjølvold, 2017). Translasjon innebærer at noe flyttes eller erstattes, og dermed skapes et mønster som rommer både orden og uorden. Til hjelp for å beskrive translasjonen ser jeg dette i lys av skript og antiskript.

### **6.1.1 Å finne løsninger på teknisk utfordringer, skript og antiskript**

I noen konsultasjoner med terapeuter, pasienter og pårørende fikk de ikke det tekniske til å fungere ved videokonferanse. De valgte da å ta i bruk telefon med høyttaler, eller kun telefon. Aktører skaper stabilitet i et ustabil aktør-nettverk når de endrer aktant for å opprettholde inkludering. Dette kan jeg tolke slik at brukeren gjør et valg de som designet teknologien ikke hadde beskrevet i skriptet. Skriptet er ikke kun en skriftlig bruksanvisning, men inkluderer også teknologiens utforming. Det viser at respons overfor og fra teknologien, gjør at de menneskelige aktørene fremstår som aktive aktører og tar egne selvstendige valg. Skriptet leses selvstendig av brukeren. Teknologien er dermed ikke overstyrende for de menneskelige aktørene. Dersom det digitale ikke fyller brukerens krav lager brukeren en omvei. Innenfor ANT perspektivet beskrives dette som et antiskript (Akrich, 1992).

Måten skriptene er utformet på kan forsterke, inkludere og ekskludere eksisterende handlingsmønstre (Akrich, 1992). Funn fra min empiri viste at de som ikke hadde smart-

telefon og pc med kamera, eller fikk til å bruke teknologien, ble forhindret fra å kunne inkluderes i videokonsultasjoner, og måtte benytte telefonkonsultasjoner. Slik informant Nelly uttalte at det i begynnelsen hadde vært helt umulig å få til videokonsultasjoner for de over 70 år. Med dette forstår jeg at om teknologien har for stramme skript, kan den være designet slik at den ikke når ut til alle. For å kunne få behandling via digitale verktøy må en inneha et digitalt verktøy, kunnskap om teknologien og tilgjengelig støtte for å bruke den (Gundersen, 2021; Olaussen & Aanestad, 2010, s. 172) Digitale verktøy kan beskrives som kunnskapsobjekter og de kan være svært sterke allierte i maktutøvelse, dette gjennom at de ikke er valgbar og tilgjengelig for alle. Makt er en faktor som belyses i ANT-analyser (Skjølsvold, 2017, s. 91). I en studie om pasienters fornøydhet med videokonsultasjoner av Bleyel med kollegaer (2020, s. 6) viser de til at eldre ikke er vant til bruk av teknologi og at de ikke har erfaring med å samtale via skjerm på smarttelefon og datamaskin. Dette gjør at eldre er i behov av kjente og tryggere alternativer.

I mine funn er informantene svært fleksible til kombinasjon av digitale verktøy. Slik Lilly poengterte at det å kombinere med telefon og videokonferanse medførte at pårørende kunne være med fra overalt. I studien til Trondsen og Manskow (2021) viser de til at deres studie er et følgeforskningsprosjekt relatert til nasjonal e-helse strategi. Neste trinn er terapeut og brukeres erfaringer med bruk av digitale tjenester. Jeg forstår denne kontinuerlige prosessen i forskning slik at en kan oppleve at forventinger fra designer til forbruker vil være mindre justerbare, dersom de ikke møtes for å evaluere teknologiens bruksområde for forbrukeren. Forventinger fra designer ligger i skriptet, men ansvaret for bruken og den praktiske anvendelsen fremkommer fra forbrukerens bruk (Akrich, 1992). Resultatene fra denne studien kan underbygge betydningen av at de som utformer og designer teknologi for anvendelse i helsefaglig praksis, i større grad bør inkluderes i selve praksisen teknologien skal anvendes i, for å få en dypere innsikt i bruksområde. Videre forskning bør ha et samarbeidende fokus mellom alle involverte (Gullstett et al., 2021).

Jeg oppfatter Moser sin beskrivelse av implementering av IKT-systemer i helsesektoren som at elektroniske systemer ikke kan skriptes ferdig en gang for alle, eller gjennomføres likt i alle tjenestene, som et argument for langsgående forskning (Moser, 2019, s. 168). Dette da aktør-nettverket som dannes for bruk er en dynamisk prosess i kontinuerlig bevegelse. Jeg forstår det slik at de digitale verktøy jeg undersøker her heller ikke kan skriptes ferdig en gang for alle. Hvordan mine informanter beskriver variasjon av erfaring med de digitale verktøy viser at de er i en praksis som er i bevegelse. Over tid blir stabilitet ved alle aktør-nettverk påvirket

gjennom hvem som til enhver tid inkluderes eller ikke av aktører i nettverket, og det som foregår mellom aktørene. Hvem som til enhver tid inkluderes i pasientbehandling ved bruk av digitale verktøy vil også påvirke skript og potensialet for antiskript. En inngående studie av teknologiens skript kan bygge bro mellom produsenten av teknologien, forbrukeren og teknologien (Fallan, 2008, s. 67).

I neste avsnitt drøftes det digitale verktøy som formidler utfra eksempler fra empirien i studien.

### **6.1.2 Å se inn i hjemmet- det digitale verktøy som formidler**

I mine funn viser to ulike beskrivelser av hvordan pasienter og pårørende delte personlige opplevelser i samtale digitalt, noen var åpne og andre mer tilbakeholdne. Slik Rob formidler eksempel på i følgende sitat; *«Noen deltakere har gitt seg mer hen til å være ærlig og oppriktige over telefon og video. Det at vi er langt unna, er på digital avstand, senker terskelen. For andre kan avstand gjøre det utfordrende å føle at en kan snakke svært personlig.»* Rob

For å belyse dette funnet nærmere vil jeg tolke og drøfte denne variasjonen i lys av begrepet formidler, nærmere beskrevet i kapittel 3.1. Formidler er en aktør som formidler betydning uten translasjon, mens en mellommann er en aktør som er et mellomledd. Hvordan en ser på de digitale verktøy, her videokonsultasjon, som formidler eller mellommann vil påvirke samtalen i pasientbehandlingen og der igjen stabiliteten i aktør-nettverket. Konteksten tar utgangspunkt i figur 3, alle samles gjennom det digitale verktøy video.

I mine funn finner jeg følgende eksempler som kan beskrive hvordan det å se på bruk av videokonsultasjon som formidler i samtalen, kan gi uforutsigbare momenter i behandlingen. En formidler er en aktør som transporterer betydning eller kraft uten translasjon. Formidlere omformer inputs til noe uforutsigbart, noe ustabilt og en vet da ikke hva output blir. I sitatet fra Rob er det å reflektere over at temaer som er personlige og traumatiske ikke fortelles like lett fra pårørende og pasienter til terapeuten som følge av det en skal fortelle går via formidleren videokonferanse. Å se denne situasjonen i lys av videokonferanse som formidler kan gi flere betraktninger til situasjonen. Jeg velger å gi eksempel for å vise dette.

I artikler av Trondsen og Manskow (2021), samt Gullslett et al (2021) som intervjuet terapeuter om videokonsultasjoner viser de eksempel på at i situasjoner der noen kan være utsatt for vold, eller at det befinner seg en aktør i huset som det ikke opplyses om, er et scenario terapeuter må være observante på. Min forståelse av dette er at bruk av videokonsultasjon gir en uforutsett output ved at deltakere kan endre kommunikasjonsform. Dette forstår jeg kan skje som følge av at en aktør en ikke er klar over er i rommet hjemme som gjør at deltakeren holder tilbake informasjon. Dette kan gi ustabilitet, usikkerhet og annen respons enn det en forutså og forventet i denne type konsultasjoner. Her kan jeg kun redegjøre for formidlers uforutsigbarhet. Jeg kan ikke påstå at videokonsultasjoner er uforutsigbare i seg selv, dersom jeg skulle konkludere dette til en forklaring vil det nærme seg til årsak-virkning forståelse og være en deterministisk versjon (Cresswell et al., 2010; Latour et al., 2008, s. 164). De av mine informanter som hadde jobbet over år med digitale verktøy hadde laget et informasjonsskriv hvor de tematisert det å sitte uforstyrret, samt at terapeuter må være oppmerksomme på hva som kan være utenfor det en ser og hører i bildet fra pårørendes og pasienters hjem.

Forskjellen på formidler og mellommann er at å gi en input til en mellommann er forutsigbart, du kan forutsi hva output blir (Latour et al., 2008). Aktører som sirkulerer som mellommenn i aktørnettverk former nettverket gjennom at de er synlige, stabile og transformeres. I mine funn oppfatter jeg det slik at når aktører ga hverandre en tjeneste, gjennom at de veiledet hverandre med hvordan de tok de digitale verktøy i bruk, kan relateres til det digitale som mellommann. Det er gjennom slike mellommenn at aktører kommuniserer med hverandre, og det er slik aktører oversetter sine intensjoner i/over andre aktører.

Hvordan informanter bruker de digitale verktøy til å kontrollere egen deltakelse drøfter jeg i neste avsnitt.

### **6.1.3 Kontroll over egen deltakelse**

I figur 3 deltar alle via video. Når en terapeut har sendt en invitasjon til en videobasert behandlingssamtale kan hver aktør velge om de slår seg på til det digitale verktøy og kan selv avgjøre når de logger seg av fra de digitale verktøy. Den digitale aktør muliggjør kontroll for alle deltakerne. Dette gjennom en beskrivelse i skriptet at det digitale har en av/på-knapp som alle har kontroll over. Det er ingen aktør som har mer forrang enn andre om bruk av av/på-



knapp. I funnene fremkommer flere eksempler på at aktørene gjør egne valg, tar kontroll over hva de vil vise frem av seg selv. Dette skjer ved at plassering av kamera påvirker hvordan aktører viser seg frem for hverandre. Her bruker alle aktørene teknologien aktivt med det valget de tar. Noen viste toppen av panna, noen ser direkte inn i kamera og noen ser på skjermen. Dette kan også være et uttrykk for å ta kontroll, men innenfor aktør-nettverksteori kan jeg også se på dette som å bli gitt makt. Makt innenfor ANT beskrives med at den spesifikke makten en enkelt aktør har, avhenger av hvilken posisjon (autoritet) aktøren har i sitt nettverk, hvor mange aktører klarer aktøren å få med seg for å nå ett spesifikt mål (Cresswell et al., 2010). Slik jeg forstår dette vil den enkelte aktør ikke ha makt i seg selv, men gjennom den relasjonen som produseres mellom aktører og aktanter. Beskrevet med andre ord kan et perspektiv være at i relasjonen mellom det digitale og pasient/pårørende ble de gitt mulighet til å vise frem det de foretrakk å vise frem, slik at de beholdt kontroll i situasjonen.

I mine funn fant jeg beskrivelser at pasient og eller pårørende hadde snudd skjermen/kamera og tar kontroll ved å vise kun deler av seg selv. Dette oppfatter jeg som å opprettholde grensetting og beskytter seg gjennom hvordan de forholder seg og tar i bruk det digitale. Jeg mener at det kan kanskje anses som en fordel i denne type intervensjoner at pasienter og pårørende har mer kontroll, noe som kan balansere den asymmetriske relasjonen som er i tradisjonelle fysiske konsultasjoner. I artikler til både Gullstett med flere (2021) og Tronsen & Manskow (2021) beskriver de lignende variasjoner av hva aktører velger å vise i skjermbildet. Øydvin med flere (2022) skriver fra erfaring om psykomotorisk fysioterapi via videokonsultasjon at denne arbeidsformen kan gi deltakeren opplevelse av kontroll og egenbestemmelse, men kunne og gi deltakere en følelse av at terapeuten kom for nært.

Når arbeidsformen medfører en digital avstand, kommer aktørene i mindre grad i kontakt med det som uttrykkes uten ord. Det påvirker nonverbal kommunikasjon. Dette reflekterer jeg over i neste kapittel.

## 6.2 Endring av praksis- kroppen forsvinner. Implikasjoner for det nonverbale språket

I mine funn ble det beskrevet at kroppen «forsvinner» ved bruk av digitale verktøy i pasientbehandling. Dette gjelder generelt for alle aktør-nettverkene jeg har beskrevet gjennom figurene 1, 2 og 3. Å møtes til samtaler via digitale verktøy formildes av de fleste informantene med at det skjer en endring i tilgang til hverandres kroppsspråk. Det blir mindre synlig kroppsspråk og det nonverbale endres eller forsvinner. Min informant Mary ga beskrivelse av utfordringer ved turtaking, hvem skal snakke når. Hvor kameraet ble plassert påvirket muligheter for oppmerksomhet og nonverbale signaler ved turtaking.

Det følelsesmessige klimaet mellom mennesker formidles i all vesentlighet gjennom nonverbale kanaler. Holte beskriver det slik;

«Det er nærmest umulig å formidle omsorg, varme, aksept, emosjonell forståelse, genuinitet og respekt uten også å benytte nonverbale koder» (Holte, 2011, s. 34).

Jeg oppfatter dette som at digital atferd, det å være sammen via videokonferanse og eller via bruk av høyttaler på telefonen, har gitt informantene en erfaring om at arbeidsformen fra fysisk møter blir endret digitalt. Det nye nettverket av aktører skaper sammen en ny erfaring som alle må forholde seg til og ta med seg i praksis.

### 6.2.1 Nonverbale signaler

En av mine informanter Peter uttalte at; «jeg mister hele kroppen min og deres», og uttrykte følgende:

*«Å møte mennesker gjennom digitale verktøy gir dårligere mulighet til å jobbe, du mister hele kroppen. For jeg vil bruke hele meg og hele dem. Jeg føler at det blir for rotete, jeg ønsker kroppene i rommet. Jeg ønsker det samspillet der, den dynamikken. Det gjør at jeg holder igjen for hvor mye jeg aktiverer følelser via digitale verktøy» Peter*

Jeg forsto det slik at den nonverbale kommunikasjon ble endret for informanten og relaterer det til hva Holte skriver om at voksne stoler mer på nonverbal kommunikasjon enn verbal når sosial mening skal bestemmes. Han skriver:

«Nonverbale koder vektlegges foran verbale koder når vi tolker emosjoner, holdninger, forhold mellom personer og attribusjoner, og når vi danner oss inntrykk av andre» (Holte, 2011, s. 44).

Jeg tolker mine funn slik at det Peter forteller viser at det å lære og utforske hvilken måte nonverbal kommunikasjon kan bli utfordret og ivaretatt gjennom digitale verktøy, er sentralt for inkludering av alle aktører i nettverk i en sosiotechnisk praksis. Dette da emosjonelle kroppstilstand hos deltakere og terapeuter vises i den terapeutiske dialogen, og er slik Sletvold beskriver det et bidrag til endringsprosesser ved samtalebehandling (Sletvold, 2005). I studien til Gullslett med kollegaer (2021) viser de til at terapeuter var opptatt av at tilstedeværelse og det å tolke kroppslige signaler har stor betydning i samtalebehandling. De etterlyser også mer forskning på dette området.

Nonverbal kommunikasjon fyller en rekke funksjoner i samtaler mellom mennesker. I Holtes bokkapittel «Nonverbal kommunikasjon» beskriver han funksjoner til nonverbal kommunikasjon (Holte, 2011). Jeg velger å drøfte dette opp mot funn i min empiri for å synliggjøre hva ved nonverbal kommunikasjon som kan bli utfordrede ved bruk av digitale verktøy. Dette i tråd med hva mine informanter har uttalt.

I mine funn var det med formidling av budskap via nonverbale uttrykk beskrevet ulikt hos de med lang erfaring fra å jobbe digitalt og de med kort erfaring fra å jobbe digitalt. Nonverbal kommunikasjon har en funksjon i hvordan budskap formidles. Dette er sentralt i kommunikasjon via digitale verktøy. De erfarne var tydeligere på å spørre, styre i samtalen og å være direkte. De med kort erfaring var opptatt av hvor forskjellig det var blitt, og kjente seg ikke komfortabel med å være mer styrende i de digitale samtalene. De med erfaring fra å samtale via digitale verktøy kompenserte for usikkerhet om de hadde forstått de uttalte ordene rett ved å kontrollere og å samordne både nonverbale og verbale koder. Her vil de mer uerfarne måtte gjøre seg erfaring med å være mer styrende, mer frempå. Som terapeut fremholdes det å være direkte og aktivt spørre detaljert i studien til Øydvin et al (2022) ved å gi behandling digitalt. Å få gjort sirkulær endring i samtalebehandling fordrer tilgang til nonverbal kommunikasjon. De erfarne terapeutene spør mer spesifikk, men innvendinger er at digital samtaleterapi ikke er for alle. Det er et tema i forskning om tilbudet må differensieres mer, men på hvilken måte og av hvem er ikke konkludert (Gullslett et al., 2021; Øydvin et al., 2022).

En av mine informanter, Peter, uttaler at som en konsekvens av at han ikke kunne bruke hele sin kropp og den andres kropp, aktiverte han ikke så mye følelser i behandlingen hvor pasient og pårørende var sammen digitalt. Affekthåndtering, regulering av egen opplevelse av sterke affekter, skapes og formidles også nonverbalt. Gullslett og kollegaer (2021, s. 7) drøfter dilemmaer med å finne balansen mellom å holde behandlingen i progresjon og det å utforske dybde i sårbare følelser og erfaringer digitalt. Å få muligheter til å praktisere i slike situasjoner, samt drøfte og få veiledning fra kollegaer på denne type utfordringer, kan medføre at denne kompetansen utvikles i sosio-teknisk praksis.

I mine funn viser informanter til at pasienter og pårørende valgte noen ganger å ikke vise hele seg. Det ble gitt eksempler av at de så kun toppen av panna-bilder, noe som en informant relaterte til at de var sjenerte. Dette kan jeg også forstå som at nonverbal kommunikasjon bidrar til opprettholdelse av personlige grenser, opprettholde vår egen og andres selvfølelse, og følelse av personlig og sosial identitet (Holte, 2011). Utfra dette mener jeg bevissthet om og funksjonen til nonverbal kommunikasjon fremstår svært sentral i samtaler og behandling mellom mennesker og ved bruk av digitale verktøy. Gullslett et al beskriver i sin artikkel at:

«nonverbal communication is harder to detect on video might be a glance, a short break from the conversation while looking away, small body movements, jittery fiddling, and similar, almost invisible, movements that although sometimes hard to notice are important for the therapist's assessment of the service user's mental health condition» (Gullslett et al., 2021, s. 7).

I mine funn viser også Peter sin beskrivelse av manglende kontakt med den andres og sin egen kropp, slik jeg tolker det, et eksempel på at de små og betydningsfulle detaljer ikke er så enkle å oppdage og sette konkrete ord på ved videokonsultasjoner. Ovretveit viser til at endring ved disse detaljene kan gjøre at terapeuter blir mindre fornøyde med å praktisere via videokonsultasjoner, men at det også er av betydning å ha fokus på kommunikasjonsperspektivet ved bruk av denne teknologien for å øke kvaliteten i behandling (Ovretveit et al., 2017).

I min empiri ga informanter eksempel på en konkret nonverbal kode, turveksling, og hvordan denne ble endret av å ta i bruk de digitale verktøy. Jeg reflekterer om denne konkrete funksjonen av nonverbal kommunikasjon i neste kapittel.

## 6.2.2 Turveksling

Gjennom bruk av digitale verktøy erfarer terapeuten at det å avklare hvem sin tur det er å delta i samtalen må avklares på en annen måte enn når en fysisk møter hverandre. Turveksling skjer i alle aktør-nettverk jeg har beskrevet i figurene 1, 2, og 3. Et eksempel på erfaringer fra turveksling velger jeg å la sitatet fra Mary vise;

*«Du får ikke den samme flyten i samtalen. Fordi når du sitter i samme rom trenger du ikke si navnet, nå snakker du, så snakker du. Du trenger bare gi et blikk, bruke blikket, så flytte blikket. Det får du IKKE til på en pc (latter). Fordi du ser bildet av folk, men kameraet er jo oppe, så for dem ser det ikke ut som du ser på dem. Det gir ikke samme blikk-kontakt» Mary*

Holte beskriver hvordan turtaking påvirker kommunikasjon og er basalt for nonverbal kommunikasjon, i begrepet samhandlingssynkroni. Samhandlingssynkroni referer til rytme og bevegelse, og tale mellom to eller flere personer (Holte, 2011, s. 46). I mine funn vil sitatet fra Mary være en beskrivelse på at rytmen, flyten og bevegelsen mellom henne og de hun samtaler med ikke skjer på samme måte digitalt som fysisk.

Turveksling er grunnsteinene i samhandlingssynkroni (Holte, 2011). Hvem som skal ta og få ordet til hvilken tid. Samtalepartnere tilpasser hastighet, rytme, illustrative gester og lokale koder til hverandre (Duncan, 1972). Deltakere i en samtale må plassere inn sin tale i pauser, der den andre er stille. I sitatet til Mary viser hun til at terapeuter må være mer styrende ved bruk av digitale verktøy, noe som de ikke er i fysiske møter. Å bruke verbal kommunikasjon i tillegg til blikk-kontakt digitalt, utgjør en forskjell for terapeutene. Ansvar for flyten, rytmen i samtalen, tas av terapeuten i større grad via digitale verktøy. Det å prøve og feile må til for å finne ut av samhandlingssynkroni. En balansegang mellom det å oppfattes som å avbryte når det blir stillhet, og det å invitere til videre dialog. Dette er en erfaring terapeuter må oppleve gjennom praksis for å kunne bli oppmerksom på.

Det blir for meg noe av det Trondsen og Manskow (2021) beskriver som stivere kommunikasjon i artikkelen hvor temaet er å skape nærhet på avstand i digitale tilbud. Her formidler de avdelingslederens opplevelse av å utføre terapeutrollen på nett som annerledes. Informantene deres mistet deler av kroppen til den andre og kommunikasjonen erfares stivere digitalt. Det var mer krevde å være terapeut på nett av nevnte grunner.

Den nye arbeidsformen krevde også annen kompetanse og innlæring av bruk av det digitale. I neste kapittel drøfter jeg kompetanse og læring av atferd på den digitale arena.

### 6.3 Å hoppe i det- kompetanse og læring av atferd på den digitale arena

For å kunne gi et poliklinisk behandlingstilbud under pandemien ble digitale verktøy en løsning. Helsetjenesten tilrettela for at det tekniske utstyret raskt kom på plass for terapeutene. Det resulterte i at de måtte lære seg håndtering av det digitale verktøy samtidig som det skulle tas i bruk. Å lære seg bruk av de digitale verktøy er et sentralt aspekt ved å gi et tilbud på en annen måte. Eliza formidler dette som følger;

*«Når man strever med å få teknikken til å fungere, så kan jo pasient eller pårørende få et inntrykk av oss som terapeuter at vi ikke er perfekte, at vi ikke får til det der, det vises i hvordan vi reagerer [latter] vi får da veilede hverandre og dele gode tips.» Eliza*

Terapeutene beskriver få innvendinger til å ta digitale verktøy i bruk, og at de måtte lære seg bruk av digitale verktøy fortløpende. Dette vil også gjelde for pasienter og pårørende som heller ikke i forkant har vært med i utprøving av digitale verktøy i generell poliklinisk samtalebehandling.

Ruth beskriver tidsaspektet slik; *«Jeg tror at det ble forventet at vi bare måtte gjøre mer via digitale verktøy, for vi hadde jo stengt døren her, sant. Vi måtte hoppe i det».* Ruth

Jeg tolker terapeutenes utsagn om at de bare måtte hoppe i det, som at tiden til å drøfte hvilke tiltak og på hvilken måte tiltak skulle gjennomføres på ikke var mulig. Fra en dag til den neste ble tilbudet rammet av at fysiske møter ikke var tilrådelig. Det å skulle lære seg å bruke digitale verktøy før tilbudet ble tatt i bruk ble det ikke rom for. Å lære seg bruk av digitale verktøy i samme øyeblikk som det digitale tas i bruk, kan forstås slik som Lave og Wenger beskriver situert læring (Lave & Wenger, 2012). Situert læring ses ofte på som en kontrast til tradisjonell læring, hvor en mottar læring gjennom en skolemodell med lærer som underviser og eleven som tar imot. Situert læring sammenlignes mer med læring uten formell opplæring, en læringsform uten formell undervisning, slik jeg forstår det å lære mens man praktiserer (Lave & Wenger, 2012).

Den tekniske kompetansen til den enkelte terapeut og utfordringen med bruk av digitale verktøy blir beskrevet av informantene i min studie som individuelt varierende og krevende i starten. Funnene viser at terapeutene gjorde mange erfaringer med bruk av digitale verktøy. Der de opplevde videokonsultasjoner som utfordrende tok de i bruk telefonkonsultasjoner for å opprettholde et tilbud. Innenfor ANT har jeg drøftet dette tidligere som et eksempel til

begrepet antiskript (6.1.1). Fra perspektivet til situert læring gjør Lave og Wenger et poeng av at improvisasjon spiller en konstituerende rolle i læring, det å finne løsninger (Lave & Wenger, 2012, s. 19). Dette kan også beskrives som læring av digital atferd (Moser, 2019).

Innenfor E-helse (bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, IKT) har utvikling og utprøving av ulike digitale plattformer pågått i 20 år (Forskningsrådet, 2019). I det ene fokusgruppeintervjuet var det informanter med lang praksis fra å møte pasienter og pårørende digitalt. Deres behandlingsform var tilpasset og utprøvd over år gjennom ulike digitale plattformer. Tips og råd fra denne tjenesten ble brukt som en introduksjon i starten til noen av de andre informantene, men behandlingstilbudet var ikke det samme. Ulike psykiske lidelser, ulike behandlingsmetoder og de pårørende var inkludert på annen måte. Det var ikke en tjeneste som kunne kopieres til annen poliklinisk virksomhet. De terapeutene som startet ut med digitalt verktøy for første gang måtte også gjøre seg egne erfaringer. Fra ANT kan begrepet obligatorisk passeringspunkt betraktes som en utfordring til å la kun de erfarne og forskning gjennomført i lignende tjenester (E-helse forskning) få bli talspersoner for alle erfaringer fra denne type arbeidsform. Situert læring fordrer praksis, og den fordrer at alle som er i sosio-tekniske aktør-nettverk får utvikle seg gjennom erfaring.

Mine funn viser at å utvikle kunnskap og erfaring fra å gi et samtaletilbud via digitale verktøy uten andre alternativer, gjør at informantene utviklet og tilpasset praksis underveis. De beskrev at det var annerledes å jobbe gjennom de digitale verktøy enn ansikt til ansikt med pasienter og pårørende. Det kjentes utrygt, med mindre kontroll, mindre kontakt med egen og den andres kropp, samtidig ga det også relasjonell tilknytning, senket terskel for kontakt, ga lettere deltakelse for pårørende og økte tilgjengelighet. I studiet til Gullslett beskrives det at terapeuter der fant det mer utmattende å jobbe med videokonsultasjoner, det krevde en annen type konsentrasjon og tilstedeværelse enn fysiske møter (Gullslett et al., 2021).

Denne type læring kommer fra å gjøre og erfare det praktisk, situert læring. «Læring er en prosess, som finner sted i en deltakelsesramme, ikke i en individuell bevissthet» (Lave & Wenger, 2012, s. 19). Den situerte læringen tar høyde for å inkludere de sosiokulturelle forholdene rundt den lærende, og er av betydning for læringen (Lave & Wenger, 2012).

Å få dette beskrevet gjennom tradisjonell læring vil medføre at nyanser og kroppslig erfart læring erverves i mindre grad. Fra artikkelen til Pickens et al (2020) som undersøkte om studenter fikk trening med terapi via videokonsultasjon gjennom terapeutiske utdannelser,

viser de til at det ikke var etablert som en del av utdannelsen. Denne studien viser at terapeuter ikke har pasientbehandling via digitale verktøy som en del av utdanningen.

Det sosiotekniske samspillet fordrer at en ikke skiller på de teknologiske og de organisatoriske aspektene ved læring av ny teknologi (Olaussen & Aanestad, 2010). Pandemien utgjorde aktørenes felles forståelse for situasjonen, for konteksten og for fellesskapet. Den sosiale interaksjonen som skjedde mellom aktørene, hvor det digitale verktøyet var inkludert, ble miljøet hvor læring kunne pågå sammen og mellom deltakerne. Situert læring blir her en sosial teoretisk forståelse relevant til STS (kapittel 2), som også kan involvere teknologier i en slik type nettverk som i min studie. Informantene beskrev i funnene at balansen mellom dem og pårørende kunne endres, da deres uerfarenhet til bruk av digitale verktøy og teknisk kompetanse gjorde at råd om hvordan håndtere verktøyet også kunne bli gitt fra de pårørende og pasientene. For de pasienter og pårørende som var usikre på bruk kunne en slik situasjon gjøre de mer usikker, mens for andre ville dette medført en følelse av å bidra. Gullslett med kollegaer skriver i sin artikkel at dette berører maktbalansen, terapeuten fremstår med noe den ikke mestrer helt, for noen pasienter og pårørende kan det svekke terapeutens posisjon. For andre pasienter og pårørende kan de gjennom denne endringen i maktbalansen, ved å samtidig bidra overfor terapeuten, finne en økende involvering i sin egen recovery-prosess (Gullslett et al., 2021).

Valg av læringsform og kompetansekrav ble underordnet en driftsmessig utfordring, levering av tjenester. For videre utvikling av tilbud med mål om å ha 15% av konsultasjonene videre digitalt, vil evaluering og forskning på digital behandling bli betydningsfullt (Forskningsradet, 2019; Gullslett et al., 2021; Gundersen, 2021; Vatland, 2021).

Ved mange tilfeller der brukere skal benytte ny velferdsteknologi hevder Moser at ansatte ikke alltid har nødvendig kompetanse, men må utvikle nye ferdigheter, kapasiteter og kompetanser underveis (Moser, 2019, s. 59). Når en benytter digitale verktøy medfører det at arbeidsformen endres. Terapeutene i min studie må lære seg nye måter å lese, tolke og overvåke situasjoner, pasienter og pårørende på. Dette innebærer at tjenesteutøvere og tjenesteleverandører må utvikle nye observasjons-, tolknings-, og kommunikasjonsferdigheter. Å skape en lærende organisasjon tar tid (Moser, 2019, s. 60). Endringer i arbeidsform påvirker alle aktørene i nettverket.

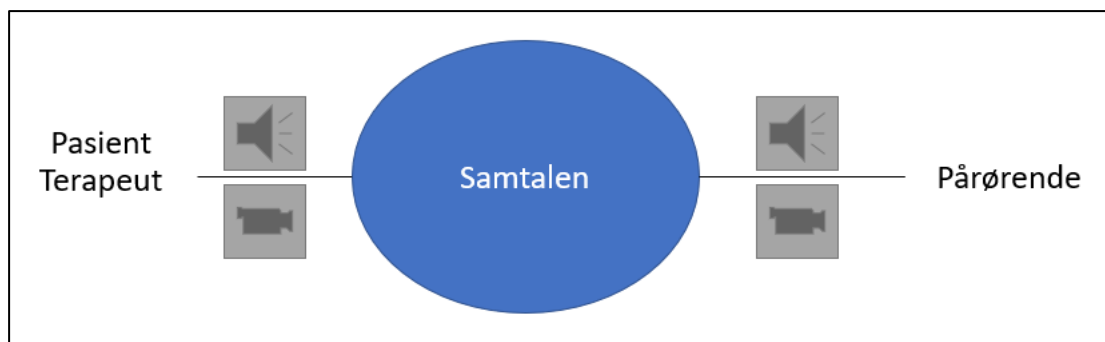


## 7 Avslutning

Pandemiens konsekvenser medførte rask omlegging til digitale verktøy. De viktigste innsiktene min studie har gitt meg er flere, og det følgende er svar til min problemstilling. Det jeg vil nevne først er min beundring over hvordan terapeutene sto på for å få gitt et digitalt tilbud. Terapeuters erfaringer viser at det var teknisk utfordrende i starten for både terapeuter, pasienter og pårørende. Terapeutene måtte være fleksible til å kombinere bruken av digitale verktøy for å kunne inkludere nære pårørende, noe som ga nye aktør-nettverk å gi poliklinisk behandling i. I tillegg opplevde terapeuter at nonverbal kommunikasjon endret seg fra det som var kjent i ansikt-til-ansikt møter kontra ved bruk av digitale verktøy. Å lære seg nye observasjons-, tolknings- og kommunikasjonsferdigheter ble fremmet som betydningsfullt. Til slutt vil jeg fremholde at bruk av digitale verktøy har ifølge min studie et potensiale for å kunne øke inkludering av nære pårørende i pasientbehandling der pasienten samtykker til dette. Resultatene peker på at teknologien i seg selv skaper et mulighetsrom med dens tilgjengelighet og fleksibilitet. Tilbud innenfor poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, vil fremstå mer tilgjengelig ved at en kan velge å benytte digitale verktøy ved behov. Informantene var samstemte på at de digitale mulighetene fremover vil være et godt supplement til fysiske konsultasjoner for både nære pårørende, pasienter og terapeuter, dersom man tar høyde for den sosio-tekniske relasjonens påvirkning av praksis.

### 7.1 Implikasjoner for praksis

I figur 4 har jeg illustrert et aktør-nettverk med fremtidspotensiale for inkludering av pårørende i pasientbehandling. Jeg ønsker å rette en oppmerksomhet på at det å jobbe via digitale verktøy vil påvirke alle aktører, en må lære om de nye mulighetene og tilegne seg nye måter å samhandle på. Alle som bruker digitale verktøy, er med på å utvikle digitale atferd og trenger å bli kjent med de muligheter og utfordringer som ligger til denne samproduksjonen, domestiseringen. Studien viser at samproduksjonen avhenger av deltakernes fleksibilitet til å kombinere ulike former for digitalisert tilpasning.



Figur 4. Aktør-nettverk4, illustrerer potensiale for fremtidig bruk for inkludering av pårørende, via fleksibel bruk av digitale verktøy. Videokonsultasjon har symbol med kamera, og telefonkonsultasjon med høyttaler er illustrert med høyttaler. Illustrasjon av Heidi Susann Emaus.

Fra min studie av praksisutøvelse på mikronivå kan man dra linjer til makronivå, politiske føringer, og forhold der som påvirker mikronivå. ANT teori skiller ikke mellom mikro og makronivå på forhånd, men gjennom å studere effekten av interaksjonen får en frem kunnskaper (Cresswell et al., 2010). Slik kan et objekts agenda, bruken av digitale verktøy, bli til som en konsekvens av interaksjonen. Akrich uttaler at så snart teknologiske objekter stabiliseres blir de instrumenter for kunnskap (Akrich, 1992, s. 221). Hvilken inngang man velger for å studere denne kunnskapen vil gi ulike resultater. Som eksempel nevner jeg to ulike vinklinger som vil ha forskjellige implikasjoner for praksis. Om en søker etter antall konsultasjoner hvor nære pårørende inkluderes, eller søker etter hvordan det erfarer for nære pårørende å være deltaker i pasientbehandling, vil det gi i hvert fall to ulike beskrivelser.

I min studie kan en beskrivelse være at det startet med utstrakt bruk av digitale verktøy på grunn av pandemien, i interaksjon ble det fremmet mange gode erfaringer, og nå er det et mål om 15% av konsultasjonene skal være digitale. Hvilke konsekvenser for praksis kan dette få? Skal det differensieres hvem som kan få digitale tilbud? Vil det gi noen implikasjoner for pårørendekludering?

## **7.2 Videre forskning**

I dette feltet er det mange aktører. Det å intervjuere flere brukere som pasienter, pårørende, designere og ledere vil gi ulike bidrag som kan komplettere erfaringer fra denne sosio-tekniske praksisen. Gjennom å ta digitale verktøy i bruk i helsetjenesten etableres det mange aktør-nettverk. Jeg har her kun tatt utgangspunkt i en type kontekst, innenfor poliklinisk behandlingstilbud for voksne i psykisk helsevern. Velger man andre kontekster kan andre erfaringer og utfordringer fremkomme. Jeg håper min masteroppgave kan gi et frempek på å fortsette å utforske og beskrive hva som skapes av erfaringer fra sosio-tekniske praksiser, hva som endres og hvordan det kan skape fremtidige muligheter for videre bruk.

## 8 Referanseliste

- Akrich, M. (1992). The De-Description of Technical Objects. I W. E. Bijker & J. Law (Red.), *Shaping technology/building society* (s. 205-224): Cambrigde: MIT Press.
- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C. & Haun, M. W. (2020). Patients' Perspective on Mental Health Specialist Video Consultations in Primary Care: Qualitative Preimplementation Study of Anticipated Benefits and Barriers. *J Med Internet Res*, 22(4), e17330-e17330. 10.2196/17330
- Bolle, S. R., Trondsen, M. V., Stensland, G. Ø. & Tjora, A. H. (2017). Usefulness of videoconferencing in psychiatric emergencies -- a qualitative study. *Health Technol (Berl)*, 8(1-2), 111-117. 10.1007/s12553-017-0189-z
- Borg, M., Karlsson, B. & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services- principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285-292. 10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Cresswell, K. M., Worth, A. & Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC Med Inform Decis Mak*, 10(1), 67-67. 10.1186/1472-6947-10-67
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 : E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*.
- Direktoratet for e-helse. (2020, 26. april). Digital arbeidshverdag under korona: Praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video. Hentet fra <https://www.ehelse.no/aktuelt/praktiske-rad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videkonsultasjon>
- Duncan, S. (1972). Some signals and rules for taking speaking turns in conversations. *Journal of personality and social psychology*, 23(2), 283-292. 10.1037/h0033031
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern : en kunnskapsplattform*.
- Fallan, K. (2008). De-scribing Design: Appropriating Script Analysis to Design History. *Design issues*, 24(4), 61-75. 10.1162/desi.2008.24.4.61
- Feijt, M. A., de Kort, Y. A. W., Bongers, I. M. B., Bierbooms, J. J. P. A., Westerink, J. H. D. M. & Ijsselsteijn, W. A. (2020). Mental Health Care Goes Online: Practitioners' Experiences of Providing Mental Health Care During the COVID-19 Pandemic. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 23(12), 86-864. 10.1089/cyber.2020.0370
- Forskning, S. (2019). *Forskningens ABC*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/10/forskningens-abc-0>
- Forskningsradet. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene* (978-82-12-03813-4 (trykk)). Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/2019/digitaliseringens-konsekvenser-for-samhandlingen-og-kvaliteten-pa-helse--velferds-og-omsorgstjenestene.pdf>
- Fugelli, P. (2014). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det* (bd. 2. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Gadamer, H.-G., Jørgensen, A. & Darling Nielsen, K. (2007). *Sandhed og metode : grundtræk af en filosofisk hermeneutik* (2. udg. utg. Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). København: Academica.
- Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S., . . . Hodkinson, I. (2018). Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *Journal of medical Internet research*, 20(4), e150-e150. 10.2196/jmir.9897

- Gullslett, M. K., Kristiansen, E. & Nilsen, E. R. (2021). Therapists' Experience of Video Consultation in Specialized Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR human factors*, 8(3), e23150-e23150. 10.2196/23150
- Gundersen, T. (2021). Psykisk helse- endelig øverst på prioriteringstoppen. Hentet 2021-01-14 fra [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no)
- Halkier, B. & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper* (Fokusgrupper). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 26. april). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Pårørende strategien Vi-de pårørende. Hentet 08.12.2020 fra [www.regjeringen.no/nyheter](http://www.regjeringen.no/nyheter)
- Helsedirektoratet. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: lovdata.no.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp ved psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2020). Første resultater for pakkeforløp psykisk helse- og rusbehandling. Hentet 26.02.2020 fra [www.helsedirektoratet.no/nyheter](http://www.helsedirektoratet.no/nyheter)
- Holte, A. (2011). Nonverbal kommunikasjon. I A. L. v. d. Lippe & M. H. Rønnestad (Red.), *Det kliniske intervjuet* (2 utg., s. 29-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, L. E. F. (2018). Tematisk analyse. I E. B. Rasmussen & T. W. Rafoss (Red.), *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (s. 278-313). Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (bd. 3). Oslo: Gyldendal.
- Latour, B., Borch, C., Rask Madsen, M. & Østergaard, C. B. (2008). *En ny sosiologi for et nyt samfund : introduktion til aktør-netværk-teori* (Reassembling the social an introduction to actor-network-theory). København: Akademisk Forlag.
- Lave, J. & Wenger, E. (2012). *Situeret læring - og andre tekster* (Situated learning legitimate peripheral participation). København: Reitzel.
- Law, J. & Hassard, J. (1999). *Actor network theory and after* (Sociological review monographs). Oxford: Blackwell.
- LPP. (2020). LPP mener. Hentet 21.02.2021 fra <https://www.lpp.no/lpp-mener/>
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Moser, I. (2019). *Velferdsteknologi - en ressursbok*. Oslo: Cappelen Damm.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 657-657. 10.1186/s12913-016-1913-5
- NSD. (2021, 21.02.2021). NSD - Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra <https://nsd.no/>

- Obstfelder, A. & Lotherington, A. T. (2014). Sykepleie og teknologi - en komplisert relasjon. *Nursing and technology - a complicated relationship*, (4), 309-313.
- Olaussen, I. & Aanestad, M. (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren : digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Ovretveit, J., Wu, A., Street, R., Thimbleby, H., Thilo, F. & Hannawa, A. (2017). Using and choosing digital health technologies: a communications science perspective. *J Health Organ Manag*, 31(1), 28-37. 10.1108/JHOM-07-2016-0128
- Pickens, J. C., Morris, N. & Johnson, D. J. (2020). The Digital Divide: Couple and Family Therapy Programs' Integration of Teletherapy Training and Education. *J Marital Fam Ther*, 46(2), 186-200. 10.1111/jmft.12417
- Polit, D. F. (2020a). Kap 7 Ethics in nursing research. I C. T. Beck (Red.), *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition; International edition utg., s. XVIII, 839 sider). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. (2020b). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition; International edition utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Romm, K. L., Pedersen, R., Hymer, I. S., Norheim, I., Holter, M., Hegelstad, W. t. V. & Hatløy, K. (2020). Pårørende nedprioriteres. Hentet 30.11.2020 fra [www.dagsavisen.no](http://www.dagsavisen.no)
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rønnestad, M. H. & Lippe, A. L. v. d. (2002). *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis : respekt for annerledeshet i øyeblikket* (Open dialogues in relational practices). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Selbekk, A. (2017). Familieinvolvering i rusbehandling- gap mellom teori og praksis. *SPOR-Fagmagasin fra KORUS-Nord*, 3. Hentet fra [www.korusnord.no/aktuelt](http://www.korusnord.no/aktuelt)
- Skjølvold, T. M. (2017). *Vitenskap, teknologi og samfunn : en introduksjon til STS* (en introduksjon til science and technology studies). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen: kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2003). Teknologisk medikalisering? Om den medisinske sosiologiens interesse for medisinsk teknologi. *Sosiologi i dag*, 33(2), 51-74. Hentet fra [https://www.academia.edu/3105054/Teknologisk\\_medikalisering\\_Om\\_den\\_medisinske\\_sosiologiens\\_inter\\_esse\\_for\\_medisinsk\\_teknologi](https://www.academia.edu/3105054/Teknologisk_medikalisering_Om_den_medisinske_sosiologiens_inter_esse_for_medisinsk_teknologi)
- Tjora, A. H. (2010a). Analyse av kvalitative data. I A. H. Tjora (Red.), *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (s. 155-189): Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2010b). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trondsen, M. V., Bolle, S. R., Stensland, G. O. & Tjora, A. H. (2014). Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC Health Serv Res*, 14(1), 544-544. 10.1186/s12913-014-0544-y
- Trondsen, M. V. & Manskow, U. S. (2021). Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 125-137. 10.18261/issn.1504-3010-2021-02-03
- UiT. Informasjonssikkerhet. Hentet 22.02.2021 fra <https://uit.no/om/informasjonnssikkerhet>

- Usher-Pines, L., Sousa, J., Raja, P., Mehrota, A., Barnett, M. L. & Huskamp, H. A. (2020). Suddenly Becoming a "Virtual Doctor": Experiences of psychiatrists Transitioning to telemedicine During the covid-19 pandemic. *Psychiatry online*.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000250>
- Vatland, A. (2021). Digital løsninger må involvere pårørende fra start! Hentet 09.02.2021 fra [www.parendealliansen.no](http://www.parendealliansen.no)
- Xiang, Y.-T., Zhao, N., Zhao, Y.-J., Liu, Z., Zhang, Q., Feng, Y., . . . Ng, C. H. (2020). An overview of the expert consensus on the mental health treatment and services for major psychiatric disorders during COVID-19 outbreak: China's experiences. *International Journal of Biological Science*, 16(13), 2265-2270. 10.7150/ijbs.47419
- Øydvin, K., Langaas, A. G. & Sylliaas, H. (2022). Psykomotorisk fysioterapi eller pandemisk nødløsning? Erfaringer med bruk av videokonsultasjon i psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 02/2022, 38-43. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-2-22/38/>

## 9 Vedlegg

### 9.1 Vedlegg 1: Svar fra Norsk senter for forskningsdata, NSD

Referansenummer: 290945

#### Prosjekttittel

Inkludering av pårørende i behandling når pasientkonsultasjoner digitaliseres. En undersøkelse av terapeuters erfaringer.

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

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

Marianne Eliassen, marianne.eliasen@uit.no, tlf: 77660770

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Heidi Susann Emaus, hem001@post.uit.no, tlf: 95243626

#### Prosjektperiode

23.08.2021 - 04.05.2022

#### Vurdering (1) 13.07.2021 - 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 den 13.07.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet er terapeuter/behandlere, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.



FORSKNING PÅ EGEN ARBEIDSPASS Vi forstår det slik at datainnsamlingen skal foregå på studentens egen arbeidsplass. Vi anbefaler derfor at studenten/forskeren leser våre retningslinjer for slik forskning:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass>

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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

REGISTRERTES RETTIGHETER 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. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene

oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## 9.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv



# UiT Norges arktiske universitet

## Vil du delta i mastergradsprosjektet

**«Inkludering av pårørende i behandling når pasientkonsultasjoner digitaliseres. En undersøkelse av terapeuters erfaringer»?**

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke terapeuters erfaring med digitale pasientkonsultasjoner og gjennom dette få økt kunnskap om inkludering av pårørende ved bruk av digitale verktøy.

### Formål

Psykisk helsevern velges som kontekst da nære pårørende har i denne tjenesten fått spesifikke juridiske rettigheter og oppgaver gjennom denne rollen. Da pandemien stengte ned Norge og verden, ble elektive behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne gitt via digitale verktøy. Rammene for behandling ble endret, noe som påvirket terapeuter, pasienter og pårørende. Å møtes via digitale verktøy til behandling, medførte at terapeuter og pasienter, samt eventuelt pårørende møttes i digitale rom. Behandling som før pandemien ble gjennomført på institusjoners arena, ble nå hjemmebasert for pasient og nære pårørende. Vi har 800 000 pårørende i Norge i dag. Fremover skal 15% av alle konsultasjoner i psykisk helsevern være digitale. Digitale løsninger vil være et tilbud innenfor psykisk helsevern etter at pandemien er tilbakelagt. Nære pårørendes rettigheter fremkommer juridisk i lovverk, i pårørendeveilederen og i noen grad i pakkeforløp for psykiske lidelser.

Digitale verktøy er velferdsteknologi og defineres i denne studien som samtalebehandling ved bruk av videokonsultasjoner og/eller telefon. Teknologien muliggjør helsetjenester på avstand.

Formålet med studien er å finne ut hvordan digitale verktøy benyttes til å involvere nære pårørende i elektiv pasientbehandling, og terapeuters erfaringer med denne praksisen. Feltarbeid vil bestå av tre fokusgruppeintervju med terapeuter i elektive tilbud med erfaring fra bruk digitale verktøy i pasientbehandling. Hovedspørsmålene vil være; Kan du/dere fortelle om et behandlingsforløp der pårørende ble involvert i behandlingen? På hvilken måte vurderer terapeuter inkludering av pårørende i pasientbehandling ved bruk av digitale verktøy?

Gjennom masteroppgaven vil terapeuters beskrivelser av praksisen presenteres.

Forskningsspørsmålet i studiet er: **Hvilke erfaringer har terapeuter med å inkludere nære pårørende i behandling når pasientkonsultasjonene digitaliseres?**

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UiT Norges arktiske universitet, det helsevitenskapelige fakultet er ansvarlige for prosjektet.

Heidi Susann Emaus  
Mastergradsstudent i helsefaglig utviklingsarbeid  
Norges arktiske universitet (UiT)  
Telefon: 95243626  
Mail: [hem001@post.uit.no](mailto:hem001@post.uit.no)

Veileder/prosjektansvarlig: Marianne Eliassen  
Førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT  
Telefon: 77660770  
Mail: [marianne.eliassen@uit.no](mailto:marianne.eliassen@uit.no)

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

Du får spørsmål om å delta da du er behandler/terapeut i ett elektiv tilbud, hvor tilbudet i perioder etter pandemien ble gitt digitalt. Din leder har gitt informasjon om studien min, og jeg har gjennom din leder fått anledning til å spørre om du vil delta.

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

Du inviteres til å dele din erfaring med temaet gjennom å delta i ett fokusgruppeintervju. Her vil du være deltaker i en fokusgruppe bestående av inntil 4-6 personer fra poliklinisk seksjon. Jeg, som masterstudent ved master i helsefaglig utviklingsarbeid, vil være moderator for fokusgruppen. Jeg vil ha med en medmoderator som bistår med feltnotat. Dette anbefales for å sikre materialet autensitet til prosessen som utspiller seg i fokusgruppediskusjonen, samt forsterker forskningsetisk ivaretagelse av informanter og forskerrollen.

Tidsbruken vil være 60-90 minutter. Samtalen i fokusgruppen vil tas opp som lydopptak. Her tas UiT sin krypterte app, kalt nettskjema diktafon mobil, i bruk for opptak og lagring.

Opptaket slettes innen 6 måneder etter opptak.

Jeg vil avidentifisere dataene og det vil ikke være mulig å kunne identifisere informantene hverken i transkribering av tekst, i analysen eller i selve masteroppgaven. Når lydopptaket er transkribert vil opptaket slettes.

Fokusgruppeintervjuet gjennomføres innenfor perioden september til november 2021.

Medmoderator er avdelingspsykeleier og phd Karina Sebergesen, [karina.sebergesen@unn.no](mailto:karina.sebergesen@unn.no)

### **Ivaretagelse av taushetsplikt under intervjuet, 3.personsopplysninger**

Vi gjør oppmerksomme på at informantene i studien ikke er fritatt fra sin taushetsplikt i henhold til Helsepersonell-loven, og at en ikke deler taushetsbelagte opplysninger om pårørende eller pasienter under fokusgruppeintervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

være i kontakt med materialet vil være navngitt masterstudent, veileder og medmoderator. I transkripsjonene vil informantene gis en kode som sikrer aidentifisering, og som brukes videre i analysen og ferdigstilling av masteroppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene er aidentifisert når feltprosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er medio mai 2022. Når lydopptak er transkribert slettes disse. I transkripsjonene vil aidentifisering være sikret med koding som gjør at en ikke kan gjenkjenne personopplysninger fremkommet i taleopptak. Materialet publiseres aidentifisert i masteroppgaven. De skriftlige samtykke-erklæringene holdes fraskilt fra masteroppgaven, vil oppbevares innelåst ved studentens arbeidssted, og makuleres ved godkjent oppgave.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet, det helsevitenskapelige fakultet 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:

- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Heidi Susann Emaus  
*Masterstudent*

Marianne Eliassen  
*Prosjektansvarlig*  
(veileder)

### 9.3 Vedlegg 3: Samtykkeskjema

---

#### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Inkludering av pårørende i behandling når pasientkonsultasjoner digitaliseres. En undersøkelse av terapeuters erfaringer?**», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju med tale-opptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 9.4 Vedlegg 4: Intervjuguide

### Intervjuguide:

Jeg har formulert 6 åpne spørsmål til fokusgruppene med utgangspunkt i min problemstilling; «Hvilke erfaringer har terapeuter med å inkludere nære pårørende i behandling når pasientkonsultasjoner digitaliseres?» Erfaringene ønsker jeg å samtale med informantene om og hjelpespørsmål tilpasses dialogen som kommer frem i fokusgruppa.

Spørsmål	Hjelpespørsmål
1. Kan du/dere fortelle om et behandlingsforløp der pårørende ble involvert i pasientbehandlingen via digitale verktøy? Hva er din opplevelse?	Hvem hadde ideen, hvem inviterte, hvordan var samtalen, betydning for pasient, pårørende og terapeut? Hvilke spørsmål hadde pårørende?
2. Hva er bakgrunnen for å inkludere pårørende? Gi eksempler	Deltakelse, informasjon, dele på oppgaver, utfyllende anamnese, plikt, koding/krav ved pakkeforløp, annet?
3. På hvilken måte vurderer terapeuter inkludering av pårørende i pasientbehandling ved bruk av digitale verktøy? Gi et eksempel.	Telefon, videokonsultasjoner. Like/ulike vurderinger avhengig/uavhengig av teknologi? Tilbakemelding fra pårørende (negativ, positiv, annet). Terskel; høy/lav
4. Nære pårørendes rettigheter. På hvilken måte drøftes dagens praksis(videokonsultasjon) som en mulighet for å oppfylle disse?	Hva er rettighetene? Undervisning/opplæring om Pårørendeveilederen? Evt. om det ikke drøftes, hva kan årsak være?

<p>5. Om pårørende ikke er involvert, kan du fortelle om hvordan dette valget er tatt?</p>	<p>Pas.valg, terapeutens valg, pårørendes valg, sammenfallende valg, annet</p>
<p>6. Relasjonsarbeid/familiearbeid/familieterapi? Hva legger du/dere i disse begrepene og i dette arbeidet?</p>	<p>Krav om antall konsultasjoner/individuell fokus- er det plass for denne arbeidsformen? insentiv systemet(økonomi), tid, ressursfokus</p>



