



Masteroppgave

Empowerment og helsefremmende arbeid

september 2021

Digitale lærings- og mestringstilbud

gruppelederes erfaringer

Kandidatnavn: Marianne Elgåen Kirkbakk

Emnekode: MAPO5900

60 studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Bakgrunn: *Studien:* Koronapandemien har aktualisert digitalisering av lærings- og mestringstilbud. Økt kunnskap om bruk av ny teknologi og nye læringsformer kan gi innsikt i hvordan dette bør anvendes i pasient- og pårørendeopplæring.

Refleksjonsoppgaven: Koronapandemien har aktualisert digitale forskningsintervju, men det er stilt spørsmålstegn ved kvaliteten og det er indikert at å bygge tillit i digitale intervju krever ekstra innsats fra forskeren.

Hensikt: *Studien:* Undersøke helsepersonells erfaringer med digitale lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Refleksjonsoppgaven: Undersøke hvilke faktorer som kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju.

Teoretisk forankring: Empowerment, helsefremmende arbeid.

Metode: *Studien:* Semistrukturerte individuelle intervju og analyse ved systematisk tekstkondensering.

Refleksjonsoppgaven: Litteraturstudie.

Resultater: *Studien:* Analysen resulterte i tre kategorier: 1) Interaksjonsbegrensende, 2) Multiple roller må beherskes og 3) Det digitale som verdifullt supplement.

Refleksjonsoppgaven: Analysen resulterte i fire tema: 1) Tekniske forutsetninger, 2) Kontekst, 3) Individuelle faktorer og tidligere relasjon og 4) Non-verbal kommunikasjon.

Konklusjon: *Studien:* Gruppelederne erfarer digitale lærings- og mestringstilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysiske lærings- og mestringstilbud. Endrede premisser for interaksjon gir behov for tilpasninger i rollen som både gruppeleder og underviser. Gruppelederne anser digitale lærings- og mestringstilbud som et verdifullt supplement, da det kan øke pasienters og pårørendes tilgang til lærings- og mestringstilbud.

Refleksjonsoppgaven: Multiple faktorer kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju. Det er behov for mer forskning om hvilke faktorer som er av betydning for å bygge tillitsfull og åpen kommunikasjon.

Nøkkelbegreper: Lærings- og mestringstilbud, digital, helsepersonell, kvalitativ metode.

Abstract

Background: *The study:* The corona pandemic has actualized digitalisation of self-management programs. Increased knowledge about the use of new technology and new forms of learning can provide insight into how this should be used in patient and relative education.

The reflection task: The corona pandemic has actualized digital research interviews, but the quality has been questioned and it is indicated that building trust in digital interviews requires extra effort from the researcher.

Aim: *The study:* Examine the experience health personnel have with use of digital self-management programs within the specialist health service.

The reflection task: Examine what factors that may be important for rapport in digital interviews.

Theory: Empowerment, health promotion work.

Methods: *The study:* Semi-structured individual interviews and analysis by systematic text condensation.

The reflection task: Literature study.

Findings: *The study:* The analysis resulted in three categories: 1) Interaction-limiting, 2) Multiple roles to master and 3) The digital as a valuable supplement.

The reflection task: The analysis resulted in four themes: 1) Technical terms, 2) Context, 3) Individual factors and previous relationship and 4) Non-verbal communication.

Conclusion: *The study:* The group leaders experience digital self-management programs to be interaction-limiting, compared with physical self-management programs. Changed premises for interaction create a need for adjustments in the role of both group leader and teacher. The group leaders consider digital self-management programs to be a supplement to physical self-management programs, as it can give patients and relatives increased access to self-management programs.

The reflection task: Multiple factors can be important for rapport in digital interviews. There is a need for more research on the factors that are important for building rapport.

Key words: Self-management programs, digital, health personnel, qualitative method.

Innholdsliste

- **Forskningsartikkel med vedlegg** (32 sider): «Digitale lærings- og mestringstilbud: gruppelederes erfaringer». Antall ord: 4865 av maksimum 5000 ord, jamfør Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.
 - **Vedlegg 1: Forfatterveiledning**
 - **Vedlegg 2: Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)**
 - **Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD**
 - **Vedlegg 4: Informasjonsskriv til deltakere med samtykkeerklæring**

- **Refleksjonsoppgave med vedlegg** (22 sider): «Åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale forskningsintervju». Antall ord: 5009.
 - **Vedlegg 1: Søkehistorikk Medline**

Sidenummerering starter i forskningsartikkelen, og deretter på nytt i refleksjonsoppgaven.

Totalt antall sider i masteroppgaven er 58.

Digitale lærings- og mestringstilbud

gruppelederes erfaringer

Marianne Elgåen Kirkbakk

Marianne Elgåen Kirkbakk, mastergradsstudent, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitet, s345816@oslomet.no

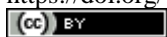
Sammendrag

Koronapandemien har aktualisert digitalisering av lærings- og mestringstilbud. Økt kunnskap om bruk av ny teknologi og nye læringsformer kan gi innsikt i hvordan dette bør anvendes i pasient- og pårørendeopplæring. Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med digitale lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Semistrukturert individuelle intervju ble gjennomført med sju gruppeledere av digitale lærings- og mestringstilbud. Datamaterialet ble analysert ved systematisk tekstkondensering. Analysen resulterte i tre kategorier: 1) Interaksjonsbegrensende, 2) Multiple roller må beherskes og 3) Det digitale som verdifullt supplement. Studien viser at gruppelederne erfarer digitale lærings- og mestringstilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysiske lærings- og mestringstilbud. Endrede premisser for interaksjon gir behov for tilpasninger i rollen som både gruppeleder og underviser. Gruppelederne anser digitale lærings- og mestringstilbud som et verdifullt supplement, da det kan øke pasienters og pårørendes tilgang til lærings- og mestringstilbud.

Digital self-management programs: group leaders' experiences

The corona pandemic has actualized digitalisation of self-management programs. Increased knowledge about the use of new technology and new forms of learning can provide insight into how this should be used in patient and relative education. The aim of this study was to examine the experience health personnel have with use of digital self-management programs within the specialist health service. Semi-structured individual interviews were conducted with seven group leaders of self-management programs. Data was analyzed using systematic text condensation. The analysis resulted in three categories: 1) Interaction-limiting, 2) Multiple roles to master and 3) The digital as a valuable supplement. The study shows that the group leaders experience digital self-management programs to be interaction-limiting, compared with physical self-management programs. Changed premises for interaction create a need for adjustments in the role of both group leader and teacher. The group leaders consider digital self-management programs to be a

<https://doi.org/10.7557>



© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

supplement to physical self-management programs, as it can give patients and relatives increased access to self-management programs.

Nøkkelord

*Lærings- og mestringstilbud, digital, helsepersonell, kvalitativ metode
Self-management programs, digital, health personnel, qualitative method.*

Forskningsartikkel

Introduksjon

Å leve med langvarige helseutfordringer påvirker alle områder av livet, og kronisk sykdom er i dag helseutfordring nummer én, både når det gjelder behandling, forebygging og kostnader for samfunnet (Stenberg, Haaland-Øverby, Fredriksen, Westermann & Kvisvik, 2016). Norske helsemyndigheter ønsker å øke helsekompetansen i befolkningen, da helsekompetanse skaper forutsetninger for egenmestring og egenbehandling, både av forbigående ufarlige sykdommer og kroniske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9).

I spesialisthelsetjenesten er pasient- og pårørendeopplæring en lovpålagt oppgave (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001§ 3-8). Pasient-, bruker- og pårørendeopplæring er viktig for å styrke helsekompetansen, slik at pasienter og pårørende kan lykkes med å mestre egen helsetilstand (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 21). En systematisk litteraturgjennomgang viser at gruppebaserte lærings- og mestringstilbud (LM-tilbud) er en opplæringsform som særlig kan ha nytteverdi i form av tilegnelse av ny kunnskap, bevissthet om egen helse og opplevelsen av gjensidig støtte og håp (Stenberg et al., 2016).

Pasient- og pårørendeopplæring kan sees i lys av empowermenttenkning, som innebærer de tre prinsippene maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens eller brukerens kompetanse på seg selv (Tveiten, 2016, s. 27). Fagutøverens ansvar og funksjon i pasient- og pårørendeopplæring er å legge til rette for samhandling med pasient og pårørende i empowermentprosessen, slik at mestrings- og helsekompetansen til pasienten styrkes (Tveiten, 2016, s. 189; 2020b, s. 78). Helsepedagogisk kompetanse hos helsepersonell er avgjørende for utbyttet kursdeltakere har av LM-tilbud (Vågan, Eika & Skirbekk, 2016).

Regjeringen ønsker at ny teknologi og nye læringsformer i større grad tas i bruk innenfor pasient- og pårørendeopplæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 21). Før koronapandemien ble det i spesialisthelsetjenesten benyttet lite teknologi innen læring og mestring (Helsedirektoratet, 2021, s. 34). Koronapandemien medførte at fysiske LM-tilbud ikke kunne gjennomføres, og digitalisering ble aktualisert. Digitalisering benyttes i denne artikkelen om gruppebaserte LM-tilbud som gjennomføres via videotjeneste i sanntid.

Tidligere forskning

Gentry, Lapid, Clark og Rummans (2019) hadde i sin oversiktsartikkel som mål å samle tilgjengelig forskning på gruppebaserte tilbud via videotjeneste. 40 studier ble inkludert, og det var stor variasjon i både studiedesign, tilbudene som ble undersøkt og hvilke utfallsmål som ble benyttet. De konkluderte med at resultatene på de fleste utfallsmål var likt for videogrupperne som for fysiske tilbud. En annen oversiktsartikkel, av Banbury et al. (2018), som har undersøkt bruk av videotjeneste i gruppebaserte tilbud konkluderer med at digitale tilbud er gjennomførbart og at

for visse grupper kan digitale tilbud øke tilgjengeligheten for deltakelse, sammenlignet med oppmøte på fysiske tilbud. Begge oversiktsartiklene konkluderer med at det trengs mer forskning på området.

En scoping review av pasienters og helsepersonells erfaringer med videokonsultasjon én til én, i primærhelsetjenesten, fant at både pasienter og helsepersonell hadde både positive og negative erfaringer med bruk av videokonsultasjon (Thiyagarajan, Grant, Griffiths & Atherton, 2020). Om erfaringene var positive eller negative var til en viss grad kontekstavhengig, eksempelvis avhengig av helsetilstand og pasientgruppe. Forskerne påpeker at mer nyanserte funn vil kunne oppnås med ytterligere bruk av og forskning på videokonsultasjon.

Dagens og fremtidens helsepersonell spiller en nøkkelrolle i de digitale utviklings- og implementeringsprosessene, da de vil være både deltakere, aktører og medskapere (Eide & Eide, 2020, s. 179). Én av implikasjonene av utilstrekkelig forskning på digitale gruppetilbud er mangel på klare retningslinjer på hvordan helsepersonell skal lede gruppene på en god måte (Weinberg, 2020). Ved implementering av nye digitale intervensjoner har flere studier anerkjent viktigheten av helsepersonells perspektiv (Damhus, Emme & Hansen, 2018). Det er derfor relevant å få kunnskap om helsepersonells erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud.

Studiens hensikt

Studiens hensikt er å undersøke helsepersonells erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Økt kunnskap om bruk av ny teknologi og nye læringsformer kan gi innsikt i hvordan dette bør anvendes i pasient- og pårørendeopplæring.

Forskningsspørsmålet i studien er følgende: Hvilke erfaringer har gruppeledere med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten?

Metode

For å undersøke helsepersonells erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten, er kvalitativ metode og individuelle intervju valgt (Malterud, 2017, s. 31). Designet er utforskende og beskrivende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 141).

Utvalg

Deltakere ble rekruttert gjennom Lærings- og mestringssentre og andre ressurspersoner i alle fire helseregioner. Inklusjonskriteriene var følgende: 1) Helsepersonell som har vært gruppeleder på digitalt LM-tilbud, 2) LM-tilbud i henhold til Helsedirektoratets (2015, s. 28-29) definisjon og 3) LM-tilbud arrangert i spesialisthelsetjenesten. LM-tilbud bestående av en kombinasjon av et digitalt og

fysisk tilbud (heretter deldigitale tilbud) var i utgangspunktet et eksklusjonskriterium. På grunn av lav respons ble gruppeledere av slike LM-tilbud likevel inkludert. Totalt ble sju gruppeledere intervjuet (tabell 1). På intervjutidspunktet hadde de ledet ett til seks digitale LM-tilbud.

LM-tilbudene gruppelederne hadde ledet var diagnosespesifikke, og målgruppen var pasienter med ulike somatiske og psykiske helseutfordringer og deres pårørende. LM-tilbudene hadde ulik varighet og oppbygging. Som eksempel varte et av tilbudene i tre halve sammenhengende dager, mens et annet bestod av et ukentlig møte i halvannen time per gang over åtte uker. Av de sju deltakerne hadde fire ledet heldigitale LM-tilbud og tre ledet deldigitale tilbud. To av de deldigitale tilbudene var et fysisk tilbud som hadde blitt avbrutt på grunn av koronapandemien, og deretter ble fullført som digitalt tilbud. Det tredje deldigitale tilbudet hadde fysisk opplæring som forberedelse til det digitale tilbudet.

Tabell 1. Beskrivelse av deltakerne

		Antall
Tilhørende helseregion	Helse Sør-Øst	2
	Helse Vest	3
	Helse Nord	2
Yrkesbakgrunn	Fysioterapeut	1
	Psykolog	2
	Sykepleier	3
	Vernepleier	1
Kjønn	Kvinne	7
	Mann	0

Forskningsetikk

Studien ble forhåndsgodkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Intervjuene var frivillige, og informert samtykke ble i forkant av alle intervjuene signert skriftlig eller tatt opp muntlig på diktafon. Deltakerne fikk informasjon om at de kunne trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. For å sikre deltakernes personvern ble håndtering og oppbevaring av datamaterialet utført i henhold til tiltakene i risiko- og sårbarhetsanalysen, som ble utarbeidet i forkant av datainnsamlingen.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober-desember 2020, med en varighet fra 35-60 minutter. En intervjuguide bestående av temaer med underspørsmål ble benyttet (tabell 2). For å gi flyt i intervjuet og fordi det var naturlig å stille noen av spørsmålene i intervjuguiden som oppfølgingsspørsmål, varierte rekkefølgen spørsmålene ble stilt i fra intervju til intervju.

På grunn av koronapandemien og medfølgende reiserestriksjoner samt økonomiske ressurser til reise, ble fem av sju intervjuer gjennomført digitalt via videotjeneste. De to fysiske intervjuene ble gjennomført på intervjuerens arbeidssted. På de digitale intervjuene varierte det både om deltakerne og intervjueren satt hjemme eller på eget arbeidssted. I forkant av de digitale intervjuene fikk deltakerne skriftlig informasjon om at de skulle sitte på et sted hvor ingen kunne høre lyd fra samtalen eller se skjermen deres, samt at de under intervjuet ville bli bedt om å ha video på.

Tabell 2. Intervjuguide

<p>Tema: Hvordan det oppleves å være gruppeleder i digitale LM-tilbud Hvordan det oppleves å være gruppeleder, hvordan oppleves kontakten/relasjonen med deltakerne, hva skal til for å skape god gruppedynamikk via skjerm, mister man noe ved digitale kurs, faglige overveielser i planleggingen, opplevelse av kvaliteten på tilbudet som ble gitt, utfordringer/barrierer.</p>
<p>Tema: Hvordan videotjeneste bør brukes innen LM-tilbud Hvordan videotjeneste bør brukes innen LM-tilbud, når er videotjeneste egnet og når er det ikke egnet, styrker og svakheter ved digitale kurs, hvordan man ser for seg at digitale tilbud blir brukt fremover på sin arbeidsplass.</p>
<p>Tema: Kompetanse gruppeledere mener de bør ha Hvilken kompetanse man bør ha for å lede et gruppebasert tilbud, tilbud om opplæring, hva man kunne hatt behov for av kompetansehevende tiltak.</p>

Analyse

Lydfilene ble ordrett transkribert. Analysen gjennomførtes så i fire trinn, i henhold til Malteruds (2017, s. 97-110) systematiske tekstkondensering. Gjennomlesning av datamaterialet for å skaffe helhetsinntrykk og danne foreløpige temaer (trinn 1), ble etterfulgt av sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper (trinn 2). Deretter ble kodegruppene sortert i subgrupper og hver subgruppe kondensert (trinn 3). Analytiske tekster av hver subgruppe ble dannet, og dannet grunnlaget for de endelige resultatkategoriene (trinn 4). Trinn fire ble avsluttet med å rekontekstualisere resultatene opp mot transkripsjonene, dette for å sette resultatkategoriene opp mot den sammenhengen de var hentet ut ifra. Eksempel fra analyseprosessen illustreres i tabell 3.

Tabell 3. Illustrasjon av analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensering	Subgruppe	Kategori
«Det er jo ikke alt som er like lett å observere digitalt. For eksempel spastisitet og av og til vonde negative følelser (...), så det er en del informasjon man kan gå glipp av.»	Vanskeligere å gjøre observasjoner av symptomer og emosjoner	Mister verdifull interaksjon mellom gruppeleder og kursdeltakerne	Interaksjonsbegrensende
«(...) på nesten alle de fysiske kursene vi har hatt så spør pasientene i pausen. De kommer bort til deg og stiller deg en del spørsmål som de ikke vil gjøre i fellesskap, og det mister du nå. Det kan være ganske viktige ting, som de bør kontakte lege i forhold til. Så der mister vi nok en ganske viktig ting.»	Redusert mulighet til individuelle samtaler		
«For på fysiske kurs så har vi pausene, der de (pasientene) får snakket mye sammen. Og her, snakker de ikke sammen i pausene.»	Deltakerne mister uformell pauseprat	Reduserte muligheter for erfaringsutveksling mellom deltakerne	
«Det er jo det med den turen, at vi gjør en praktisk ting sammen. Det mister de. Jeg sier jo at: 'Prøv å gå dere en tur og sjekk blodsukkeret før og etterpå.' Men det er jo bare en setning, av alt annet jeg sier. Det å gjøre noe sammen er mer effektivt.»	Kan ikke gjøre noe praktisk sammen		

Resultater

Analyseprosessen resulterte i tre kategorier: 1) Interaksjonsbegrensende, 2) Multiple roller må beherskes og 3) Det digitale som verdifullt supplement. Oversikt over kategoriene med tilhørende subgrupper presenteres i tabell 4.

Tabell 4. Oversikt over kategorier og subgrupper

Kategori	Subgruppe
Interaksjonsbegrensende	Mister verdifull interaksjon mellom gruppeleder og kursdeltakerne
	Redusert mulighet for erfaringsutveksling mellom deltakerne
Multiple roller må beherskes	Behov for tilpasning i gruppeleder- og undervisningsrollen
	Manglende teknisk støtte øker ressursbruk, stress og kompetansebehov
Det digitale som verdifullt supplement	Ikke for alle
	Tilgjengelighetsøkende

Interaksjonsbegrensende

Alle gruppelederne hadde erfaring med å lede fysiske LM-tilbud. Gruppelederne erfarte digitale LM-tilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysiske LM-tilbud. Dette gjaldt både mellom de selv som gruppeleder og kursdeltakerne, samt kursdeltakerne imellom.

Mister verdifull interaksjon mellom gruppeleder og kursdeltakerne

Flere av gruppelederne erfarte at de mistet verdifull interaksjon mellom seg selv og kursdeltakerne. Redusert dynamikk og respons i undervisningssituasjonen gjorde det utfordrende å tilpasse undervisningen til kursdeltakernes nivå og behov. En sa: «*Det var utfordrende når du skulle ha ren forelesning. Da måtte alle deltakerne 'mute', så du får ingen bekreftelser fra de som sitter og hører på, i forhold til om de forstår det som blir sagt, om det gir mening (...).*»

Noen av gruppelederne opplevde at de mistet verdifulle observasjoner av kursdeltakerne. Dette inkluderte emosjoner, symptomer, bevegelsesmønstre og kroppsspråk. De opplevde også begrensede muligheter for én til én samtaler. Konsekvensen var at de syntes det var vanskeligere å ivareta og veilede den enkelte kursdeltaker, sammenlignet med fysiske kurs. En av gruppelederne fortalte at de hadde vært bevisst på interaksjonsbegrensningene når de planla det digitale kurset. Som kompenserende tiltak hadde gruppelederen hatt individuelle samtaler med alle deltakerne i forkant for å bli kjent med deltakernes situasjon, slik at hun hadde bedre forutsetninger for å tilpasse innholdet til kursdeltakerne. Hun hadde også gjort en

avtale med kursdeltakerne om at hun kunne ringe de for en individuell samtale underveis i kursforløpet, hvis noen hadde behov for det.

Videotjenestens funksjonalitet og gruppeledernes tekniske utstyr hadde betydning for hvor interaksjonsbegrensende gruppelederne erfarte digitale LM-tilbud. Ustabilitet i videotjenesten, med hakkete lyd, dårlig bilde og kursdeltakere som falt ut gikk utover kontakten de fikk med kursdeltakerne. Tydelige bilder av kursdeltakerne gjorde det lettere å fremme dialog og se reaksjonene hos kursdeltakerne. En gruppeleder fortalte at de i starten hadde brukt en bærbar PC, men nå hadde fått kamera på veggen og to skjermer. Da kunne de se på de som stilte spørsmål og bedre fremme dialog, istedenfor å bare se et presentasjonsbilde av en PowerPoint.

Redusert mulighet for erfaringsutveksling mellom kursdeltakerne

Flere av gruppelederne trakk frem at digitale LM-tilbud ga kursdeltakerne redusert mulighet for uformell erfaringsutveksling i pauser, lunsj og ved praktiske aktiviteter. Det var stor variasjon i om kursene hadde satt av tid i programmet til formell erfaringsutveksling. På noen av de deldigitale kursene bestod hoveddelen av kurset av å dele erfaringer, og her var gruppelederne positivt overrasket over hvor mye kursdeltakerne delte med hverandre. Dette sa gruppelederne kunne ha sammenheng med at kursdeltakerne hadde møttes fysisk først og hadde skapt en relasjon, før de møttes digitalt. Andre gruppelederne fortalte at de på fysiske kurs setter av tid i programmet til samtaler i mindre grupper, men at de ikke hadde gjort tilsvarende på digitale kurs. En av gruppelederne hadde brukt digitale grupperom (breakout rooms) for å dele kursdeltakerne inn i mindre samtalegrupper. Andre sa at de hadde denne funksjonen tilgjengelig og ønsket å teste den ut. Noen gruppeledere uttrykte at redusert mulighet for erfaringsutveksling kunne redusere utbytte for kursdeltakerne. En fortalte: «*De tilbakemeldingene vi får på fysiske kurs er veldig ofte at det som har vært det beste med kurset, er at de har truffet noen andre i samme situasjon. Det mister vi nå.*»

Multiple roller må beherskes

Flere av gruppelederne fortalte at det var mer krevende å være gruppeleder på et digitalt LM-tilbud enn et fysisk LM-tilbud. Noen relaterte dette til tilpasningen de erfarte at digitale kurs krevde av de i rollen som gruppeleder og underviser. Noen opplevde det også mer stressende og tyngre, da det var flere ting som kunne gå galt og man måtte være mer på.

Behov for tilpasning i gruppeleder- og undervisningsrollen

Noen av gruppelederne fortalte at det i starten var uvant og skummelt å kommunisere og undervise via skjerm. En fortalte at det ble en barriere å få frem ordene fordi hun ble så opptatt av hvor hun skulle se og hvordan hun skulle gjøre det tekniske. Noen erfarte at digitale kurs i større grad krevde en god plan og

struktur på det de skulle si. Flere erfarte behov for å tilpasse hvordan de ledet gruppen og hvordan de underviste. En sa:

Jeg må tilpasse meg kommunikasjon, jeg må ha roligere tempo og jeg må kunne en del om hvordan man styrer kommunikasjonen hvis kursdeltakerne vil si noe. Jeg må være veldig flink med inngangen, og jeg må også være veldig flink med utgangen. Det som var en veldig viktig erfaring fra det digitale kurset var at kursdeltakerne opplevde at slutten på hver kursgang kom veldig brått. Flere opplevde det som vanskelig at man ikke får hjelp av ritualer til å lukke seansen, sånn som man får hvis man møtes fysisk. Det med å sette stolene inntil bordet og litt small-talk. Så jeg lærte at jeg må være mer bevisst på å sette av lang tid til avslutning, og gjerne si et par avsluttende ord til hver enkelt deltaker.

Mens en annen sa:

Det er viktig at innholdet, det må være ganske tydelig og ikke til å misforstå. Så man må kanskje forenkle det litt og være litt pedagogisk i forhold til å tydeliggjøre hva som er viktig. (...) det er en del nyanser som det kanskje hadde vært enklere å snakke om ansikt til ansikt. De må man kanskje holde seg litt unna når man jobber digitalt.

En tredje gruppeleder fortalte at når kursdeltakerne delte sine erfaringer, så var det viktig å være veldig tydelig i sitt kroppsspråk: «Jeg har sittet mye og nikket.» Dette for at kursdeltakerne skulle slippe å bli sittende i den usikkerhet hun selv hadde opplevd med manglende tilbakemelding fra kursdeltakerne.

Mange av gruppelederne fortalte at å skape dialog krevde mer på et digitalt enn på et fysisk LM-tilbud. En av gruppelederne sa at det vanlige på fysiske kurs er å spørre kursdeltakerne åpent om de har noen spørsmål. En slik spørsmålsformulering på digitale kurs, erfarte hun, førte til at ingen tok ordet. Både hun og flere av de andre gruppelederne fortalte at hvis de gikk en spørsmålsrunde og henvendte seg direkte til hver enkelt med navn og spurte spørsmål som: «Hva tenker du om det som har blitt sagt eller er det noe du lurer på?», så ble dialogen bedre.

Manglende teknisk støtte øker ressursbruk, stress og kompetansebehov

Gruppelederne hadde hatt en veldig ulik teknisk rolle i kursene, da de i varierende grad fikk teknisk støtte til planlegging og gjennomføring av LM-tilbudet. Én av gruppelederne fortalte at hun måtte lære seg alt selv, inkludert hvordan man bestilte digitale rom og innkalte pasientene. Dette gjorde at hun brukte mye tid på å forberede LM-tilbudet, og hun sa at hun stresset mye med den digitale biten. Ett av kursene ble også kraftig forsinket under gjennomføringen, da hun ikke hadde noen til å hjelpe seg med tekniske utfordringer i oppstarten av kurset. En annen av gruppelederne som ikke hadde tilgang til teknisk støtte sa at det hadde vært

utfordrende å ha nok kompetanse til å problemløse underveis i LM-tilbudet, når kursdeltakerne fikk utfordringer med det tekniske.

Andre gruppeledere fortalte at de hadde et teknisk team som hjalp de med både forberedelser og gjennomføring av LM-tilbudet. Dette inkluderte både veiledning av gruppeleder og kursdeltakerne. En fortalte følgende: «*Vi hadde med oss et teknisk team som var veldig dyktig. Alle kursdeltakerne fikk testet ut det tekniske på forhånd, sånn at de ble vant med det. Da ble ikke det tekniske noen barriere, og det var en suksessfaktor.*»

Det digitale som verdifullt supplement

Felles for gruppelederne var at de sa at fysiske og digitale LM-tilbud har hver sine styrker og svakheter, og har ulik egnethet ut ifra pasientgruppens behov og ressurser.

Ikke for alle

Noen av gruppelederne fortalte at de var glade for at de kunne gi pasienter og pårørende et digitalt tilbud under koronapandemien, men ønsket å gå tilbake til fysiske LM-tilbud etter pandemien. En sa som følger: «*Jeg vil tro at med en gang vi får lov til å få pasientene inn i lokalet igjen, så vil vi gjøre det. Det tror jeg vi er enige om at det absolutt er det beste alternativet.*» Dette begrunnet gruppelederen med de interaksjonsbegrensningene hun erfarte at digitale LM-tilbud ga.

Gruppelederne reflekterte over hvem digitale LM-tilbud ikke er egnet for. En sa:

Hvis folk sitter med for store kognitive plager, for store motoriske plager sånn at de for eksempel ikke har sansemotorikk til å se godt på skjerm eller har veldig dårlig hørsel, da er det dårlig egnet. Det er dårlig egnet i situasjoner der folk viser veldig sterke følelser, for eksempel i traumearbeid fungerer det ikke. Også tror jeg ikke det fungerer hvis motivasjonen er lav.

En gruppeleder fortalte at flere eldre hadde takket nei til å delta på digitalt LM-tilbud. En annen sa at hun har erfart at en del godt voksne hadde slitt med å betjene et digitalt LM-tilbud, dette med å skru av lyden for eksempel. Noen gruppeledere trakk også frem at de hadde erfart at ikke alle har teknisk utstyr til å kunne delta på digitale LM-tilbud. To av gruppelederne sa at de sendte teknisk utstyr til de kursdeltakerne som eventuelt manglet utstyr for å kunne delta.

Tilgjengelighetsøkende

Flere av gruppelederne sa at en styrke ved digitale LM-tilbud er at det kan gjøre LM-tilbud tilgjengelig for flere pasienter og pårørende. En sa: «*Vi har noen situasjoner som vi har erfart at pasientene sier at de veldig gjerne vil på digitale kurs. Både hvis de bor litt langt unna og hvis de har en helsesituasjon som tilsier at de har lite krefter.*» En annen sa: «*Det er en spennende tanke at man kan nå ut med*

spesialiserte tilbud til hele landet.» Andre hadde erfart at det var lettere for pårørende og de med omsorgsoppgaver å være med på digitale LM-tilbud, samt at de fikk flere yngre i arbeidsaktiv alder med. Noen av gruppeledere fortalte at de fremover har en plan om å tilby både digitale og fysiske LM-tilbud.

Diskusjon

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer gruppeledere har med gjennomføring av digitale LM-tilbud. Videre vil studiens resultater diskuteres i lys av teori og tidligere forskning.

Interaksjonsbegrensende

Gruppelederne erfarte digitale LM-tilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysiske LM-tilbud. Redusert dynamikk og respons i undervisningssituasjonen, redusert mulighet for observasjoner av deltakerne, samt redusert mulighet for samtale én til én gjorde at gruppelederne syntes det var vanskeligere å tilpasse undervisningen til behovet i gruppa og veilede og ivareta den enkelte kursdeltaker. Å ikke kunne lese kroppsspråket til kursdeltakerne er løftet fram som en begrensning med digitale gruppetilbud også i tidligere forskning (Weinberg, 2020). Som nevnt i introduksjonen er fagutøverens ansvar og funksjon i pasient- og pårørendeopplæring å legge til rette for samhandling med pasient og pårørende i empowermentprosessen, slik at mestrings- og helsekompetansen til pasienten styrkes (Tveiten, 2016, s. 189; 2020b, s. 78). Interaksjonsbegrensningene gruppelederne erfarte indikerer at de syns det kan være mer utfordrende å styrke empowermentprosessen hos kursdeltakerne på digitale LM-tilbud, sammenlignet med fysiske LM-tilbud. For å kunne tilpasse innholdet til kursdeltakernes behov hadde en av gruppelederne hatt individuelle samtaler med alle deltakerne i forkant av det digitale LM-tilbudet, samt at hun hadde avtalt at hun kunne ringe kursdeltakerne underveis i kursforløpet hvis det ble behov for individuell oppfølging. Dette er i tråd med empowermentttenkning, der kursdeltakerne fikk mulighet til å medvirke og bli aktive deltakere (Tveiten, 2020a, s. 38).

Gruppelederne ga uttrykk for at det var viktig å se deltakerne godt, både for å fremme dialog og best mulig kunne se deltakernes reaksjoner. En gruppeleder fortalte at de hadde oppgradert sitt tekniske utstyr fra en bærbar-PC til å få to skjermer samt kamera på veggen som gjorde at de kunne se på de som stilte spørsmål og bedre fremme dialog, istedenfor å bare se et presentasjonsbilde av en PowerPoint. På den andre siden kan det ikke forventes at kursdeltakerne har tilgang til to skjermer, og det kan antas at kursdeltakerne også ønsker å kunne se hverandres reaksjoner og lettere tar ordet hvis de ser hverandre. Et virkemiddel kan derfor være å minimere bruk av deling av skjerm, eksempelvis PowerPoint, for å kunne se bildene av deltakerne bedre (Jhaveri et al., 2020).

Redusert mulighet for erfaringsutveksling kursdeltakerne imellom mente gruppelederne kunne gi kursdeltakerne redusert utbytte av LM-tilbudet. Forskning på fysiske LM-tilbud viser at å møte andre i samme situasjon gjør at man føler seg mindre alene om å ha utfordringer, ser sitt eget liv i nytt lys og opplever gjensidig læring (Stenberg et al., 2016). Forskning på gruppeprosesser i digitale gruppetilbud er inkonklusiv når det gjelder hvorvidt det kan skapes samme gruppeprosesser og gruppesamhold som på fysiske gruppetilbud (Payne et al., 2020). Noen av gruppelederne som hadde gjennomført et deldigitalt tilbud, hvor deltakerne møttes fysisk først, var positivt overrasket over hvor mye kursdeltakerne delte med hverandre digitalt. Det kan indikere at å møtes fysisk først kan skape en relasjon mellom deltakerne som kan virke positivt inn på gruppeprosessen i de etterfølgende digitale møtene. Dette var imidlertid også de LM-tilbudene som hadde satt av mest tid til erfaringsutveksling.

Samtidig som at gruppelederne trakk frem at digitale LM-tilbud ga kursdeltakerne redusert mulighet for uformell erfaringsutveksling i pauser, lunsj og ved praktiske aktiviteter, var det i tillegg på noen av LM-tilbudene ikke satt av tid til erfaringsutveksling i mindre grupper, slik de brukte å gjøre på fysiske LM-tilbud. Bruk av digitale grupperom, for å legge til rette erfaringsutveksling er anbefalt av andre som har gjennomført digitale gruppebaserte tilbud (Jhaveri et al., 2020; Lopez, Rothberg, Reaser, Schwenk & Griffin, 2019). Én av gruppelederne hadde testet digitale grupperom. Andre fortalte at de hadde denne funksjonen tilgjengelig og ønsket å teste den ut. Resultatene peker dermed på at videotjenestene som benyttes til LM-tilbud bør ha mulighet til å dele inn i digitale grupperom, samt at det er potensiale for gruppelederne å utnytte denne teknologien i større grad, enn det som ble gjort av gruppelederne i denne studien.

Multiple roller må beherskes

Resultatene viser at gruppelederne gjorde flere tilpasninger i rollen som både gruppeleder og underviser, sammenlignet med fysiske LM-tilbud. Videre tyder resultatene på at behovet for tilpasningene i rollen som både gruppeleder og underviser kan relateres til at digitalisering gir endrede premisser for interaksjon. Eksempelvis erfarte gruppelederne at å stille et åpent spørsmål til alle kursdeltakerne, slik de var vant til at fungerer godt på fysiske LM-tilbud, ikke førte til dialog på digitale LM-tilbud. Dialogen ble bedre når de henvendte seg direkte til kursdeltakerne med bruk av navn. I følge Lopez et al. (2019) kan rekkefølgen kursdeltakerne sitter i eller kroppsspråk naturlig skape dialog i et fysisk rom, mens man mister dette i digitale settinger. Dette gjør det vanskeligere for kursdeltakerne å snakke fritt og vite når de skal ta ordet, og struktur for turtaking er nødvendig (Burkow et al., 2015).

Helsepedagogikk handler om å vurdere og å gjøre valg for hvordan fagpersoner kan legge til rette for læring og mestring av helseutfordringer (Tveiten, 2016, s. 12). Evnen til å lede og bidra til gode gruppeprosesser er den kvaliteten hos fagpersoner

som anses som mest sentral for å gi kursdeltakere et godt utbytte av fysiske LM-tilbud (Vågan et al., 2016). Gruppeledernes beskrivelser indikerer, og støttes oppunder av tidligere forskning, at å gå fra å være gruppeleder i et fysisk rom til via skjerm krever spesifikk kunnskap (Weinberg, 2020). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017) gir føringer om at helsepersonell etter endt utdanning skal kunne veilede pasienter og pårørende i lærings-, mestrings- og endringsprosesser. Resultatene fra denne studien antyder at hvordan helsepersonell kan legge til rette for læring og mestring digitalt bør inkluderes i helse- og sosialfaglige grunnutdanninger, samt i kompetansehevende tiltak i helsepedagogikk i helseforetak og kommuner.

Gruppelederne hadde fått ulik grad av teknisk opplæring og støtte. Lav grad av teknisk støtte førte til økt ressursbruk og stress hos gruppelederne i forberedelsene til LM-tilbudet, samt utfordringer med å ha nok teknisk kompetanse til selv å problemløse underveis i LM-tilbudet. Manglende teknisk støtte kan gjøre det uholdbart å håndtere digitale intervensjoner (Banbury et al., 2016). Teknisk støtte og trening i bruk av teknologien er suksessfaktorer i implementering av e-helseintervensjoner (Kolltveit et al., 2017; Varsi et al., 2019).

Det digitale som verdifullt supplement

Gruppelederne anså digitale LM-tilbud som et verdifullt supplement og ikke som en erstatning for fysiske LM-tilbud. Spesielt fremhevet de at digitale LM-tilbud kan øke tilgjengeligheten til LM-tilbud for grupper med helseutfordringer som gjør det utfordrende å delta på fysiske LM-tilbud og de med lang geografisk avstand til fysiske LM-tilbud. Økt tilgjengelighet til LM-tilbud, gjennom digitalisering, kan redusere ulikhet i tilgang til helsetjenester (Walumbe, Belton & Denneny, 2021).

En kartlegging av befolkningens helsekompetanse i Norge fant at både når det gjelder generelle digitale ferdigheter og ferdigheter i å ta i bruk digitale helsetjenester rapporterer personer med langvarige sykdommer, samt eldre over 65 år svakere ferdigheter enn andre grupper (Le, Finbråten, Pettersen, Joranger & Guttersrud, 2021). Det kan dermed være et paradoks at grupper som har utfordringer med å delta på fysiske LM-tilbud, også kan være de samme gruppene som vil ha utfordringer med å delta på digitale LM-tilbud. Banbury et al. (2016) som gjennomførte et gruppebasert tilbud for eldre foretok en individuell oppkobling og opplæring med alle deltakerne før det første gruppemøtet. Slike tiltak kan tenkes å redusere barrierene for deltakelse i digitale LM-tilbud, og er et eksempel på at det kan være nødvendig med tiltak tilpasset deltakernes forutsetninger for at digitalisering av LM-tilbud kan brukes for å øke pasienters og pårørendes tilgang til LM-tilbud.

Metodediskusjon

Forfatteren i denne studien er ansatt på et Lærings- og mestringscenter (LMS) og hadde før datainnsamlingen startet vært med i planlegging og gjennomføring av

digitale LM-tilbud. Hennes forforståelse kan ha påvirket intervju situasjonen og analysen ved å ikke oppdage egen feltblindhet. For å motvirke feltblindheten ble de ulike trinnene i analyseprosessen diskutert tett med to veiledere som hadde et mer distansert forhold til feltet. Studiens troverdighet kunne vært styrket ytterligere dersom gruppelederne hadde validert resultatene.

Gruppelederne hadde ulike profesjoner og tilhørte flere ulike sykehus. Dette sammen med at gruppelederne hadde gjennomført LM-tilbud med ulike målgrupper oppbygging og varighet gjør at resultatene kan ha overføringsverdi til flere typer digitale gruppetilbud. Flere deltakere kunne styrket studien med å gi ytterligere bredde og nyanser i resultatene. To av deltakerne samarbeider med LMS-et som forfatteren jobber på. Dette kan ha påvirket deltakernes uttalelser ved at de ikke tematiserte utfordringer som kunne påvirke videre samarbeid.

Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Studien viser at gruppelederne erfarer digitale LM-tilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysiske LM-tilbud. Endrede premisser for interaksjon gir behov for tilpasninger i rollen som både gruppeleder og underviser. Gruppelederne anser digitale LM-tilbud som et verdifullt supplement, da det kan øke pasienters og pårørendes tilgang til LM-tilbud.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Basert på studiens resultater kan følgende være hensiktsmessig i planlegging, gjennomføring og bruk av digitale LM-tilbud: 1) fokusere på hvordan kompensere for og/eller redusere interaksjonsbegrensningene som digitalisering gir. Eksempelvis ved å prioritere å sette av tid til erfaringsutveksling og bruke digitale grupperom, samt etablere struktur for turtaking og henvende seg direkte til kursdeltakerne med bruk av navn når man ønsker å fremme dialog, 2) ha tilgang til teknisk støtte og 3) prioritere digitale LM-tilbud til pasienter og pårørende som har utfordringer med å delta på fysiske LM-tilbud.

I videre forskning kan det være nyttig å få mer kunnskap om hvilken helsepedagogisk kompetanse hos gruppelederne som er nødvendig for å gi kursdeltakere et godt utbytte av digitale LM-tilbud og undersøke hvilken effekt deltakelse i digitale LM-tilbud har på helsekompetanse.

Litteratur

Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., Parkinson, L. & Banbury, A. (2018). Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 20(2), e25-e25. 10.2196/jmir.8090

- Banbury, A., Parkinson, L., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. C. & Buckley, J. (2016). Delivering patient education by group videoconferencing into the home: Lessons learnt from the Telehealth Literacy Project. *Journal of telemedicine and telecare*, 22(8), 483-488.
- Burkow, T. M., Vognild, L. K., Johnsen, E., Risberg, M. J., Bratvold, A., Breivik, E., . . . Hjalmsen, A. (2015). Comprehensive pulmonary rehabilitation in home-based online groups: a mixed method pilot study in COPD. *BMC Res Notes*, 8(1), 766-766. [10.1186/s13104-015-1713-8](https://doi.org/10.1186/s13104-015-1713-8)
- Damhus, C. S., Emme, C. & Hansen, H. (2018). Barriers and enablers of COPD telerehabilitation a frontline staff perspective. (ORIGINAL RESEARCH). *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2473. [10.2147/COPD.S167501](https://doi.org/10.2147/COPD.S167501)
- Eide, H. & Eide, T. (2020). Digital helse, læring og mestring. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (s. 159-187). Oslo: Gyldendal.
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*, (FOR-2017-09-06-1353). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
- Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M. & Rummans, T. A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 25(6), 327-342. <https://dx.doi.org/10.1177/1357633X18775855>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2021). Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Forprosjekt. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenestene/L%C3%A6ring-%20og%20mestring%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-%20rapport.pdf> /attachment/inline/1fa8c692-93fc-4f26-9b4f-694d4f363ecf:de5322d966b521c283abf3a521fa04065072f863/L%C3%A6ring-%20og%20mestring%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-%20rapport.pdf
- Jhaveri, K., Cohen, J. A., Barulich, M., Levin, A. O., Goyal, N., Loveday, T., . . . Shumay, D. M. (2020). 'Soup cans, brooms, and Zoom': Rapid conversion of a cancer survivorship program to telehealth during COVID-19. *Psycho-Oncology*, 29(9), 1424-1426. <https://doi.org/10.1002/pon.5473>

- Kolltveit, B.-C. H., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M. M., Thorne, S. & Kirkevold, M. (2017). Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry. *BMC Nursing*, 16(1), 2. 10.1186/s12912-017-0201-y
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL*. : Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf
- Lopez, A., Rothberg, B., Reaser, E., Schwenk, S. & Griffin, R. (2019). Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth*, 6. Hentet fra <https://mhealth.amegroups.com/article/view/33853>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., . . . Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 25(3), 672-686. 10.1177/1359104520937378
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F. & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759-1771. 10.1016/j.pec.2016.07.027
- Thiyagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F. & Atherton, H. (2020). Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open*, 4(1), bjgpopen20X101020. 10.3399/bjgpopen20X101020
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020a). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020b). Veiledning som metode i empowermentprosessen: lettere sagt enn gjort. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (s. 73-91). Oslo: Gyldendal.
- Varsi, C., Solberg Nes, L., Kristjansdottir, O. B., Kelders, S. M., Stenberg, U., Zangi, H. A., . . . Eide, H. (2019). Implementation Strategies to Enhance the Implementation of eHealth Programs for Patients With Chronic

- Illnesses: Realist Systematic Review. *J Med Internet Res*, 21(9), e14255. 10.2196/14255
- Vågan, A., Eika, K. & Skirbekk, H. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien forskning* (59702), e-59702. 10.4220/Sykepleienf.2016.59702
- Walumbe, J., Belton, J. & Denny, D. (2021). Pain management programmes via video conferencing: a rapid review. *Scandinavian Journal of Pain*, 21(1), 32-40. doi:10.1515/sjpain-2020-0112
- Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201-211. 10.1037/gdn0000140

Forfatterinstruks

Velkommen som bidragsyter til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet holder en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og praksisfelt. Tidsskriftet publiserer referee-bedømte, vitenskapelige artikler og eller vitenskapelige essays.

Tidsskriftet har knyttet anerkjente forskere på professor, dosent- og førstenivå til vurdering og referee-bedømming av artiklene.

Tidsskriftet tar også inn fagartikler. De blir ikke referee-bedømte, men gjennomgår en redaksjonell vurdering. Kronikker, bokanmeldelser og debattinnlegg tas imot.

De innsendte manuskriptene må være originale.

Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiatskontroll.

For å sende inn et manuskript, gå til [Online innsending av manuskript](#). Er du en ny bruker, husk å hake av for rollen **Forfatter** under registreringen.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et skandinavisk språk, det vil si norsk, svensk eller dansk.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at forfatterne har hatt en kritisk gjennomgang av språket og korrekturlest manuskriptet før innsending og publisering.

Sammendraget

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord både på det skandinaviske språket artikkelen skrives i, og på engelsk. Tittelen skal også i tillegg skrives på engelsk.

Til slutt i sammendraget skal forfatterne foreslå på 3-6 nøkkelord som synliggjør innholdet i artikkelen og essayet. Nøkkelordene (separert med komma) skrives på artikkelens originalspråk og engelsk.

Det kreves ikke lenger egen tittelside ved innleveringen. Opplysninger blant annet om forfattere og tilhørighet kommer fram via andre deler av inneleveringsprosessen.

I vedlagt brev til redaktøren skal følgende være med:

- Hvilken sjanger bidraget er skrevet innenfor: -forskningsartikkel, vitenskapelig essay, fagartikkel eller annet
- Eventuelt referansenummer fra behandlingen i REK og eller NSD

Manuskriptets utforming:

Last ned og legg manuskriptet inn i [tidsskriftets Word-mal](#).

Venstre og høyre marg, topp- og bunnmarg skal alle være 3,5 cm. Innbindingsmarg skal være 0,5 cm.

Alle tekster, inkludert figurer, tabeller og referanser, leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 15pt.

Tidsskriftet benytter tre nivå overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler.

Sitat skrives i kursiv.

Manuskriptet skal ikke ha innrykk, tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Manuskriptet skal heller ikke ha sideskift og tomme linjer mellom avsnitt.

Lengden på manuskriptet bør ikke overskride 5000 ord for vitenskapelige fagfelle-bedømte artikler og essays.

Andre bidrag mellom 2000 og 5000 ord.

Sammendrag og litteraturliste regnes ikke med i omfanget av artikkelen.

Tabeller og figurer plasseres inn i manuskriptet av forfatter. Tidsskriftet tar imidlertid forbehold om at tabeller og figurer kan flyttes av redaksjonelle hensyn.

Vitenskapelige artikler, essays, fagartikler og annet blir vurdert av ansvarlig redaktør og fagredaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom vitenskapelige manuskript vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Forfatter besvarer fagfellenes anmerkninger på en strukturert, gjerne punktvis måte. Revidert manuskript lastes opp som beskrevet i publiseringserktøyet.

Det er ansvarlig redaktør som til slutt avgjør om en vitenskapelig artikkel, essay, fagartikkel eller annet kan publiseres.

Kriterier for forfatterskap

Bare forfattere som tilfredsstill kravene til forfatterskap, kan oppføres som medforfattere av en artikkel.

Forfatterskap skal tilfredsstill ICMJE (The International Committee of Medical Journal Editors) med norsk oversettelse av: Nylenna, M. Medforfatterskap i medisin og helsefag (Sist oppdatert: 8.september 2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig på:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Medforfatterskap/Medforfatterskap-i-medisin-og-helsefag/>

Enhver forfatter skal ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta et offentlig ansvar for innholdet.

For medforfatterskap kreves at samtlige forfatterne oppfyller Vancouverreglene:

- a) Vesentlig bidrag til ide og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
- b) Utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- c) Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.
- d) Enighet om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon og integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt og løst.

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

Tabeller og figurer

Tabeller og figurer skal nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn i tidsskriftets Word-mal. Figurer bør være profesjonelt tegnet.

Bilder

Det er egne opphavsrettigheter for fotografier og andre bilder. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning publiserer ikke fotografier og andre bilder uten at det foreligger skriftlig tillatelse fra rettighetshaver. Det vil si den som er opphav til bildene.

Litteraturhenvisninger

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning bruker referansestilen APA 6th i artiklene. Denne stilen er godt beskrevet med eksempler på Kildekompasset, <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>. Om du bruker EndNote, kan stilen (for norsk bokmål) lastes ned fra <https://uit.no/ub/skrive/endnote#linje5>. Du kan også finne hjelp til bruk av stilen her: https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864

Litteraturhenvisninger i teksten

APA 6th er en «author-date» siteringsmåte, hvor en kort referanse i teksten skal være entydig og gjøre det mulig for leseren å finne den fullstendige referansen i litteraturlisten.

I teksten angis siteringer ved forfatteretternavn og utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe, 1999). Dersom referansen er til en spesifikk del av publikasjonen er det god sitatskikk å angi sidenummer/-numre. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg, 1985, s. 24); (Hansen, 1997, s. 26–28). Dersom verket det refereres til har to forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen & Hansen, 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen & Pedersen, 2000). Bruk dernest «et al.» (Hanson et al., 2000). Har en forfatter eller forfatterkombinasjon flere siterte verker samme år, angis dette ved tilføyelse av bokstaver: (Hansen, 1999a) (Hansen, 1999b). Ved flere forfatternavn brukes «og» som sammenføring om navnene står i teksten «slik Hansen, Nilsen og Olsen (1985) viser», «&» om

navnene står i parentesen «Det er vist (Hansen, Nilsen & Olsen, 1985)». «&» brukes også i litteraturlisten.

Av hensyn til vurderingsprosessen fra oppnevnte fagfeller skal henvisning til forfatterens egne publikasjoner anonymiseres og legges inn igjen før en eventuell publisering. Krav til anonymisering gjelder også andre identifiserbare deler av manuskriptet, slik som sted/enheter som opptrer i teksten, og takk til navngitte personer. Dette gjøres ved å merke uttatte ord/felter med ("anonymisert").

Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle og kun de forfatterne det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du søke etter tittel, forfatternavn på <http://www.crossref.org/simpleTextQuery>.

Eksempler på utforming av referanser:

Bok

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (2.utg.) Lund: Studentlitteratur

Elektronisk bok med forfatter

Eco, U. (2015). *How to write a thesis*. Hentet fra <http://site.ebrary.com/lib/tromsoub/detail.action?docID=11031004>

Artikkel i en bok med redaktør

Beston, G. (2003). Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I J.K. Hummelvoll (Red.) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (s.220-229). Oslo: Universitetsforlaget

Artikkel i et tidsskrift

Halding, A.G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Science* 25(1), 100–107. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x>

Ørstavik, S. (2003). Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk Helse* 6 (19)

Noter og appendikser

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Notene skrives med arabiske tall (1,2,3 osv.). Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten. Unngå appendikser.

Innsending før publisering

Før siste innsending før artikkelen/essayet blir publisert, må artikkelen og eller essayet være korrekturlest, samt være i tråd med kravene beskrevet ovenfor.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt /ikke antatt sendes til korresponderende forfatter.

Artiklene og essayene publiseres fortløpende.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Utviklingsarbeider i helsefagene

Kategorien "Utviklingsarbeider i helsefagene" har i hovedsak vært benyttet for fagartikler. Fra 2021 vil Nordisk tidsskrift for helseforskning kanalisere manuskripter i kategorien fagartikler under sin egen seksjon med samme navn.

Erklæring om opphavsrett

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

Erklæring om personvern

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.

Vedlegg 2

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering.

Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

<p>Forskningsprosjekt - tittel: Prosjektleder: Prosjektnr NSD (hvis aktuelt): Prosjektnr REK (hvis aktuelt): Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt): Prosjektets formål (kort beskrivelse):</p>	<p>Lærings- og mestringstilbud via videotjeneste - gruppelederes erfaringer Ragnhild Flittie Onstad og Magne Haukland 841476</p> <p>Formålet er å øke kunnskapen om bruk av videotjeneste i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. Videre er studiens hensikt å undersøke helsepersonells erfaringer med bruk av videotjenester i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i studiens hensikt ønsker jeg å belyse følgende forskningsspørsmål: o Hvordan erfarer gruppeledere å legge til rette for pasienters læring og mestring av egen helseutfordring via videotjeneste? o Hvilken kompetanse mener gruppeledere at videobasert kommunikasjon krever av dem?</p>
<p>Antall registrerte informanter : Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter) Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres: Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?</p>	<p>8</p> <p>Helsepersonell</p> <p>Liste med koblingsnøkkel lagres på kryptert minnepenn Masterstudent Marianne Elgåen Kirkbakk og veilederne Ragnhild Flittie Onstad og Magne Haukland</p>

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:

- 1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
- 2) Logg på P360.
- 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
- 4) Fyll ut saksnummer som gjeld ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).
- 5) Trykk "Fullfør".

Saksnr i P360:

HV: 18/09630

LUI: 18/10490

SAM: 18/11207

SPS: 18/11221

SVA: 18/11208

TKD: 18/09703

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.		Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet).	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko generes automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
	Teknisk	Diktafon (Fysisk)	Mister diktafon/eksternt minnekort på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon/minnekort mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende) Integritet (At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende) Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Overføre informasjon fra diktafon/eksternt minnekort til kryptert minnepenn etter hvert intervju.	2	3	5	Kryptere diktafon.
							3	4	7	Gjøre nytt intervju.
1	Analyse	Transkribering	Lydotptak og transkribert fil er ikke forsvarlig sikret	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet Integritet	Innsamlede data, i form av lydfiler, lagres på kryptert minnepenn for deretter og transkriberes og avidentifiseres. PC kobles fra nettverk når lydopptakene transkriberes. Lydfilene slettes så raskt som mulig. Infomasjon skal ikke endres unødigg ved avidentifisering.	1	1	2	
							0	0	0	

					Tilgjengelighet	Filer skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Det er kun studenten og veiledere som skal ha tilgang til de transkriberte intervjufilene.	1	1	2	
2	Analyse	Intervjukoding	Koblingsnøkkel er ikke forsvarlig sikret	Koblingsnøkkel som avslører personidentifiserende data (navn, telefonnummer) avsløres og bidrar til at informanter identifiseres	Konfidensialitet	Liste med koblingsnøkkel lagres på annen kryptert minnepenn enn de transkriberte filene og oppbevares i låsbart skap sammen med signerte informerte samtykkeskjemaer (som oppbevares i lukkede konvolutter).	1	1	2	
					Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	1	1	2	
					Tilgjengelighet	Koblingsnøkkel er det kun studenten som har tilgang til.	1	1	2	
3	Analyse	Transkribering	Transkribert fil er ikke forsvarlig sikret	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Hver informant aidentifiseres. Personnavn, stedsnavn og andre personidentifiserende data fjernes ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten.	1	1	2	
					Integritet	Informasjon vil ikke endres vesentlig og den vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende.	0	0	0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veiledere som vil ha tilgang til de transkriberte filene.	1	1	2	
4	Analyse	Andre	Transkribert fil er ikke forsvarlig sikret	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Ingen andre enn student og veileder(e) skal ha tilgang til transkriberte tekster. Alt materiale som analyseres er aidentifisert. Tekstanalysen gjøres manuelt eller ved hjelp av digitale programmer (som Nvivo) av studenten og studentens veileder(e).	1	1	2	
					Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	
5	Avslutning	Slette		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Minneskjemaer og infomerte samtykkeskjemaer destrueres ved prosjektslutt. Krypterte minnepinner renses etter OsloMets rutiner.	1	1	2	
					Integritet	Informasjon vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende og vil ikke endres	0	0	0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	
	Avslutning	Anonymisering		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	I den ferdige masteroppgaven vil ikke informanters identitet kunne bidra til gjenkjenning. All presentasjon av informanter er anonymisert.	1	1	2	

6					Integritet	Infomasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	
	Ved gjennomføring av intervju via videotjeneste (Zoom):									
7	Datainnsamling	Intervju	Uvedkommende kommer inn i videomøtet under intervju	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Det må brukes unik møte-ID for hvert intervju. Lenken til Zoom-møtet formidles direkte til informant. Intervjuer må slippe informant inn i møtet (venteromsfunksjon) og låser møtet når informanten har kommet inn.	1	1	2	
					Integritet		0	0	0	
					Tilgjengelighet		0	0	0	
8	Datainnsamling	Intervju	Utlisikket opptak av videomøtet (intervjuet)	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Opptaksfunksjon i Zoom skal kun benyttes om man sitter på OsloMet driftet PC. Ved privat PC brukes diktafon og høyttaler koblet til PC som opptaker. Deretter behandles lydfiler som beskrevet over.	1	1	2	
					Integritet		0	0	0	
					Tilgjengelighet		0	0	0	

Oppsummering/tiltaksplan på grunnlag av risikovurderingen:

I risikovurderingen (forrige ark), beskrev du ulike hendelser, risikonivåer og eksisterende samt nye tiltak knyttet til disse.

I denne oppsummeringen/tiltaksplanen ønsker vi at du beskriver nærmere hvordan du har prioritert de valgene du har gjort knyttet til å behandle data i prosjektet.

Skriv gjerne kort om hvilke vurderinger du har gjort for tiltakene du har valgt, og hvilke risikoreducerende tiltak som skal gjennomføres i den forbindelse.

OPPSUMMERING DATABEHANDLING: Bruker diktafon med eksternt minnekort. Data fra minnekortet overføres direkte til kryptert minnepenn uten å mellomlagres på PC (men PC benyttes til overføring). PC kobles fra nettverk når lydopptakene transkriberes. Transkripsjonsfilene lagres på kryptert minnepenn. I transkripsjonen avidentifiseres informantene. Liste med koblingsnøkkel lagres på annen kryptert minnepenn enn de transkriberte filene og oppbevares i låsbart skap sammen med signerte informerte samtykkeskjemaer (som oppbevares i lukkede konvolutter).

Godkjenning NSD

Prosjekttittel

Masterprosjekt: Lærings- og mestringstilbud via videotjeneste - gruppelederens erfaringer

Referansenummer

841476

Registrert

23.06.2020 av Marianne Elgåen Kirkbakk - s345816@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ragnhild Flittie Onstad, ronstad@oslomet.no, tlf: 92449423

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marianne Elgåen Kirkbakk, s345816@oslomet.no, tlf: 91868097

Prosjektperiode

03.08.2020 - 30.06.2021

Status

07.10.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

07.10.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 02.10.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.10.2020. Behandlingen kan fortsette.

Det har blitt krysset av for at personopplysningene prosjektet samler inn vil bli behandlet på private enheter. Det er også lastet opp en tillatelse fra institusjonen for at dette er greit i dette prosjektet.

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: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

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

25.06.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021. Data med personopplysninger oppbevares deretter internt ved behandlingsansvarlig institusjon frem til 30.06.2024, dette grunnet forskning.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

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

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Lærings- og mestringstilbud via videotjeneste – gruppelederes erfaringer”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskapen om bruk av videotjeneste i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. I dette skrevet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Studiens hensikt

Studiens hensikt er å undersøke helsepersonells erfaringer med bruk av videotjeneste i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i studiens hensikt vil følgende forskningsspørsmål belyses:

- Hvilke erfaringer har gruppeledere gjort seg med hvordan videotjeneste bør brukes innen lærings- og mestringstilbud?
- Hvordan oppleves det å være gruppeleder i digitale lærings- og mestringstilbud?
- Hvilken kompetanse mener gruppeledere at videobasert kommunikasjon krever av dem?

Utgangspunktet for prosjektet er masterstudiet empowerment og helsefremmende arbeid ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid på OsloMet storbyuniversitet, heretter OsloMet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta og hva innebærer det for deg å delta?

Målgruppen for studien er helsepersonell som har vært gruppeleder for lærings- og mestringstilbud via videotjeneste, der lærings- og mestringstilbudet er arrangert i spesialisthelsetjenesten. I undersøkelsen vil vi innhente opplysninger om deg og dine erfaringer med gruppebaserte lærings- og mestringstilbud via videotjeneste. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et individuelt intervju med en varighet på ca 60 minutter. Samtalen blir tatt opp med digital diktafon og lagret på lydfil, som videre vil bli transkribert. Tekstmaterialet danner grunnlag for videre analyse og publisering av vitenskapelig artikkel. Intervjuet gjennomføres, etter avtale med deg, fysisk eller via videotjeneste. Det er ønskelig å gjennomføre individuelle intervju med 8-10 gruppeledere til sammen i forskningsprosjektet.

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. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest tre år etter prosjektslutt 30.06.2021.

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 OsloMet 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 OsloMet ved:

- Prosjektansvarlige Ragnhild Flittie Onstad (ronstad@oslomet.no) og Magne Haukland (mhauklan@oslomet.no) eller student Marianne Elgåen Kirkbakk (s345816@oslomet.no)
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen (ingrid.jacobsen@oslomet.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Ragnhild Flittie Onstad

Magne Haukland

Marianne Elgåen Kirkbakk

(Forsker/veileder)

(Forsker/veileder)

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Lærings- og mestringstilbud via videotjeneste – gruppelederes erfaringer», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Refleksjonsoppgave

Åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale
forskningsintervju

Emnekode: MAPO5900

Emnenavn: Masteroppgave

Studieprogram: Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid

Antall ord: 5009

Innhold

1.0	Introduksjon og problemstilling	1
2.0	Begrepsavklaringer og teoretisk perspektiv	2
2.1	Semistrukturert intervju	2
2.2	Relasjon i kvalitative intervju	2
2.3	«Rapport».....	3
3.0	Metode.....	4
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
3.2	Søkestrategi.....	4
3.3	Analyse	5
4.0	Resultat	7
4.1	Tekniske forutsetninger	9
4.2	Kontekst	9
4.3	Individuelle faktorer og tidligere relasjon.....	10
4.4	Non-verbal kommunikasjon.....	10
5.0	Diskusjon	12
5.1	Tekniske forutsetninger	12
5.2	Kontekst	12
5.3	Individuelle faktorer og tidligere relasjon.....	13
5.4	Non-verbal kommunikasjon.....	14
5.5	Metodediskusjon	15
6.0	Konklusjon.....	17
	Referanseliste.....	18
	Vedlegg.....	20
	Vedlegg 1. Søkehistorikk Medline	20

1.0 Introduksjon og problemstilling

Denne refleksjonsoppgaven er et ledd i et masterprosjekt på utdanningen Empowerment og helsefremmende arbeid. Datainnsamlingsmetoden i masterprosjektet mitt var semistrukturerte intervju. Intervju som skjer ansikt til ansikt (fysiske intervju) mellom deltaker og forsker har blitt betraktet som normen og gullstandarden for kvalitative intervju (Krouwel, Jolly & Greenfield, 2019; Saarijärvi & Bratt, 2021). Fremskritt i kommunikasjonsteknologi gir nye muligheter for gjennomføring av kvalitativ forskning, og koronapandemien har akselerert behovet for å utforske alternativer til det fysiske intervjuet (Archibald, Ambagtsheer, Casey & Lawless, 2019; Saarijärvi & Bratt, 2021). Alternativer til fysiske intervju er digitale intervju som skjer via videotjeneste, telefon eller tekstbaserte tjenester (Saarijärvi & Bratt, 2021). I mitt masterprosjekt gjennomførte jeg totalt sju intervju, hvorav fem via videotjeneste og to fysiske. På grunn av koronapandemien og medfølgende reiserestriksjoner, samt økonomiske ressurser til reise gjennomførte jeg fem av sju intervjuer digitalt via videotjeneste. Omfanget på artikkelen i mitt masterprosjekt ga ikke rom for å diskutere bruken av digitale intervju, og jeg ønsker derfor å se nærmere på dette i refleksjonsoppgaven.

Kvalitativ forskning, og spesielt metoder som individuelle intervju og deltakende observasjon, er i stor grad avhengig av å bygge en god mellommenneskelig relasjon mellom forsker og deltaker (Guillemin & Heggen, 2009). Tjora (2021, s. 130) sier følgende: «*Dybdeintervjuenes kvalitet hviler på opparbeidet tillit mellom forsker og informant (...).*» Dette samsvarer med Malterud (2017, s. 211) som påpeker at dialogen mellom deltaker og forsker forutsetter gjensidig tillit og respekt, og videre at et rikt datamateriale krever at forskeren investerer tid og krefter for å etablere optimal nærhet. Det har vært stilt spørsmål om kvaliteten på digitale intervju, og spesielt har det vært diskutert betydningen av at man mister non-verbal kommunikasjon i telefonintervju og intervju gjennomført i tekstbaserte tjenester (Thunberg & Arnell, 2021). Det er indikert at å bygge tillit i digitale intervju krever ekstra innsats fra forskeren (Valkonen, Karisalmi, Kaipio & Kujala, 2021). På bakgrunn av dette vil jeg i denne oppgaven belyse følgende problemstilling:

«Hvilke faktorer kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju?»

Introduksjonen etterfølges av begrepsavklaringer og teoretisk perspektiv som belyser oppgavens problemstilling. Deretter følger henholdsvis metode- og resultatkapittel. De siste delene av oppgaven består av diskusjon og avslutning.

2.0 Begrepsavklaringer og teoretisk perspektiv

2.1 Semistrukturert intervju

Kvalitative metoder kan brukes for å utforske menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker og holdninger (Malterud, 2017, s. 31). Ulike former for intervjuing er den mest utbredte datageneringsmetoden innenfor kvalitativ forskning (Tjora, 2021, s. 127). Semistrukturerte intervju, også kalt dybdeintervju, er intervjuer med individuelle deltakere (Malterud, 2017, s. 133). Videre har semistrukturerte intervju en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016, s. 146). Målet er å skape en intervjusituasjon som har rom for en relativt fri samtale som kretser rundt noen spesifikke temaer som er forhåndsbestemt, og som får deltakeren til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til temaet for forskningen (Tjora, 2021, s. 127).

Som nevnt i introduksjonen har intervjuer som skjer ansikt til ansikt (fysiske intervju) mellom deltaker og forsker blitt betraktet som normen og gullstandarden for kvalitative intervju (Krouwel et al., 2019; Saarijärvi & Bratt, 2021). Intervju via videotjeneste regnes som den formen som er mest lik fysiske intervju (Saarijärvi & Bratt, 2021). Videre i oppgaven vil jeg bruke digitalt intervju synonymt med intervju som gjennomføres via videotjeneste i sanntid.

2.2 Relasjon i kvalitative intervju

Begrepet relasjon brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 17). Et intervju er en relasjon mellom forsker og deltaker, og informasjonen som kommer ut av intervjuet er avhengig av denne relasjonen (Johannessen et al., 2016, s. 156). Dette innebærer at intervjuet kan sees på som en instrumentell dialog, der en god samtale og relasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel for forskeren til å få frem beskrivelser, fortellinger og tekster som han eller hun kan fortolke og rapportere i overensstemmelse med sine forskningsinteresser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 52).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 52) innebærer intervjuet en asymmetrisk maktrelasjon, der forskeren definerer intervjusituasjonen, bestemmer temaet for intervjuet, stiller spørsmål og beslutter hvilke svar som følges opp. Fog (1994, s. 199) har formulert et forskningsetisk dilemma tilknyttet intervjusituasjonen. På den ene siden vil forskeren at intervjuet skal «gå i dybden». På den andre siden ønsker forskeren å være så respektfull mot deltakeren som mulig. Det kan oppstå en spenning mellom ønsket om å oppnå kunnskap og det å ta etiske hensyn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 96). Forskeren må derfor finne en etisk balanse mellom

å bygge tilstrekkelig tillit for å få deltakeren til å dele rike data, samtidig opprettholde en tilstrekkelig distanse i respekt for deltakeren (Guillemin & Heggen, 2009).

2.3 «Rapport»

Engelskspråklige metodebøker for kvalitativ forskning minner ofte forskeren på deres ansvar for «building rapport», uten at «rapport» blir klart definert (Prior, 2017). Ifølge Guillemin og Heggen (2009) betyr å bygge «rapport» med en deltaker at forskeren forsøker å bygge tillit for å etablere en relasjon som leder til deling av rike og innsiktsfulle data. Det er vanskelig å finne et enkeltstående norsk begrep som er dekkende for «rapport». I helsesammenheng er «rapport» oversatt til harmonisk eller sympatisk relasjon eller forbindelse, og videre at noen har «rapport» til hverandre innebærer at de har en spesiell evne til å forstå hverandres følelser eller perspektiv (Eide & Eide, 2017, s. 368). I tråd med hvordan begrepet er benyttet i forskningssammenheng har jeg her i denne oppgaven valgt å oversette «rapport» til «åpen og tillitsfull kommunikasjon».

3.0 Metode

Refleksjonsoppgaven er gjennomført med litteraturstudie som metode. I det følgende beskrives inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi og analyse.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å identifisere faktorer som kan ha betydning for å skape åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju ble det ikke valgt begrensninger i studiedesign, slik at forskningsnotater og -refleksjoner kunne inkluderes. Det var likevel et krav at artiklene skulle være fagfellevurdert. I artikkelen måtte «rapport» være et eget tema. Se tabell 1 for full oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

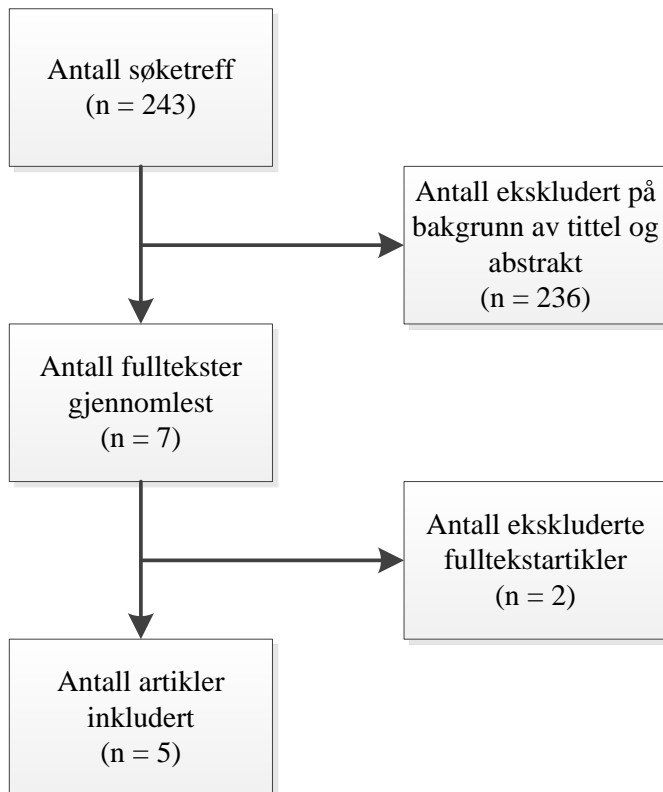
Tabell 1. Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikkelen måtte være basert på kvalitative studier som <ul style="list-style-type: none">omhandlet helse- og sosialfaglig forskning på voksnehadde gjennomført intervju synkront via en videotjeneste	<ul style="list-style-type: none">studier gjennomført på barnstudier som hadde gjennomført digitale synkrone tekstbaserte intervju, uten video
Artikkelen hadde «rapport» som eget tema	Begrepet «rapport» var ikke brukt eksplisitt
Ingen begrensninger i studiedesign	
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Engelsk- og skandinavisk språklige artikler	Andre språk
Tilgjengelig i fulltekst	Ikke tilgjengelig i fulltekst

3.2 Søkestrategi

Litteratursøk ble gjennomført den 07.07.21 i databasene Medline (Ovid), Cinahl (Ebsco) og Web of Science. Søkeordene som ble kombinert var det engelske ordet rapport, engelske søkeord for semistrukturert intervju med synonymer og engelske søkeord for digitalt med synonymer. Både emneord og tekstord ble benyttet, i de databasene som har emneord. Søkehistorikk fra Medline ligger vedlagt (vedlegg nummer 1).

Litteratursøket ga totalt 243 treff. 236 artikler ble ekskludert etter å ha lest tittel og abstrakt, i all hovedsak fordi metoden de hadde brukt i sin studie var kvalitativt intervju, mens temaet for artikkelen ikke var i henhold til inklusjonskriteriene. Deretter ble gjenværende artikler lest i fulltekst. To artikler ble ekskludert etter fulltekstlesing. Én ble ekskludert da intervjuene var gjennomført med et synkront tekstbasert verktøy og den andre ble ekskludert da «rapport» ikke var eget tema i artikkelen. Totalt ble fem artikler inkludert fra litteratursøket (figur 1).



Figur 1. Flyttdiagram over litteratursøk

3.3 Analyse

Analysen ble utført etter inspirasjon fra tematisk analyse av Braun og Clarke (2006). De inkluderte artiklene ble lest flere ganger, og koder ble dannet for meningsinnhold i setninger og avsnitt som beskrev faktorer som kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon. Deretter ble kodene systematisert i foreløpige tema. Analysen ble avsluttet med å danne tekstbeskrivelser til hvert tema, samt at temaene ble revidert til endelige tema. Eksempel på analyseprosessen presenteres i tabell 2.

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Tekstutdrag fra artiklene	Kode	Tema
«Det fysiske fraværet av forskeren og intervjuutstyret reduserte risikoen for eksponering og flauhet.»	Fysisk avstand kan	Kontekst
«Digitale intervju kan potensielt tilby et bedre miljø for å håndtere ubehag enn fysiske intervju, da de kan gi mer privatliv og det kan være lettere å ta pause hvis man trenger.»	redusere ubehag	
«Verdifullt kontekstuelte materiale som kan berike min forståelse av deltakerens liv ble tapt i de digitale intervjuene. Dette hadde ikke bare betydning for min forståelse av konteksten, men også 'rapport'.»	Redusert felles forståelse av deltakerens hjemmemiljø	

4.0 Resultat

Fem artikler ble inkludert fra litteratursøket. Ingen av de inkluderte artiklene var en primærstudie, men alle artiklene tok derimot utgangspunkt i kvalitative intervjustudier som allerede var gjennomført og baserte artikkelen på disse. Alle de inkluderte studiene hadde gjennomføring av digitale kvalitative intervju som hovedtema. En av artiklene hadde til hensikt å undersøke «rapport», mens resterende artikler hadde «rapport» som et eget tema for å belyse artikkelens hensikt. Metodene i artiklene varierte fra å være en diskusjon basert på artikkelforfatteren(e)s erfaringer med en gjennomført studie, til mer systematiske metoder der artikkelforfatteren(e) kodet og analyserte intervjutranskripsjoner fra en gjennomført studie. Tabell 3 inneholder en beskrivelse av de inkluderte artiklenes forfatter, hensikt, metode og resultat/konklusjon, i tillegg til en kort beskrivelse av primærstudien(e) som artikkelen baserte seg på.

Tabell 3. Beskrivelse inkluderte artikler

Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat/konklusjon*	Om studien(e) artikkelen baseres på
Chiumento, Machin, Rahman og Frith (2018)	Utforske praktiske og metodiske vurderinger knyttet til digitale intervju.	Refleksjon og diskusjon om bruk av digitale intervju, basert på artikkelforfatterens erfaringer.	<ul style="list-style-type: none">• Delvis visuelle og ikke-visuelle tegn, samt problemer med å tolke pauser eller stillhet er barrierer for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju.	Casestudie som undersøkte hvordan etikk er definert, forstått og anvendt av forskere på psykisk helse som arbeider i postkonflikt områder. 6 av 35 intervju ble gjennomført digitalt.
Lo Iacono, Symonds og Brown (2016)	Presentere refleksjoner om å bruke Skype til digitale intervju.	Diskusjon rundt fire hovedtema basert på litteratur, egne erfaringer og tilbakemelding fra studie-deltakerne.	<ul style="list-style-type: none">• Digitale intervju påvirker åpen og tillitsfull kommunikasjon, non-verbal kommunikasjon og etikk ved å skape begrensninger, men også nye muligheter.• Etablerte åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju, og mener at datakvaliteten er like god i digitale som fysiske intervju.	Basert på to studier: 1) Metodetriangulert studie om/hvordan dans kan bli bevart eller beskyttet og dokumentert som arv. 2) Etnografi- og intervjustudie om hvordan kroppen påvirker prosessen med å finne veien når man er ute og reiser.

Jenner og Myers (2019)	Undersøke om Skype-intervju og fysiske intervju gir like gode data.	Intervju-transkripsjoner ble kodet med indikasjon for nivå av deltakernes komfortabelhet, fortrolighet og åpen og tillitsfull kommunikasjon.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervju i private settinger (enten fysisk eller digitalt) gir mer deling av dype personlige erfaringer enn intervju i offentlig rom. • Ingen tap av åpen og tillitsfull kommunikasjon eller reduksjon i fortrolighet ved Skypeintervju. 	Basert på to studier: 1) Intervju- og observasjonsstudie på studentveteraner for å undersøke ulike veier til og gjennomføring av høyere utdanning. 2) Intervjustudie med kvinner om holdninger, valg og intensjoner når det gjelder morskap.
Oates (2015)	Diskutere bruken av Skype ved semi-strukturerte intervju.	Diskusjon, basert på sammenligning av resultater mellom studier utført via Skype med fysiske og telefonintervju.	<ul style="list-style-type: none"> • Åpen og tillitsfull kommunikasjon kan etableres ved digitale intervju, og det er ingen forskjell på åpenhet mellom fysiske og digitale intervju. 	Metodetriangulert studie som undersøkte forholdet mellom mental helse og subjektivt velvære hos psykiatriske sykepleiere med personlig eller familiær erfaring med mental sykdom. 15 av 27 intervju gjennomført digitalt.
Weller (2017)	Diskutere potensialet for og fallgruvene ved åpen og tillitsfull kommunikasjon når man bruker videotjeneste til kvalitative intervju.	Tematisk analyse basert på muntlig og skriftlig tilbakemelding deltakerne ga i etterkant av intervjuene, samt analyse som sammenlignet deltakernes digitale intervju opp mot deres tidligere fysiske intervju.	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisering betyr ikke nødvendigvis at åpen og tillitsfull kommunikasjon er vanskeligere å etablere og opprettholde. Fysisk separasjon mellom forskeren og deltakeren kan legge til rette for en sterkere (emosjonell) forbindelse gjennom deltakerens økte komfortabelhet. 	Longitudinell studie som følger unge menneskers individuelle og biografiske utvikling. Datainnsamlingsperiode fire gjennomført med digitale intervju.

*Ikke alle artiklene inneholdt resultatdel. Konklusjonen i artikkelen er satt inn i tabellen, for de artiklene som ikke eksplisitt presenterte resultater.

Analysen av de inkluderte artiklene førte frem til fire tema: 1) Tekniske forutsetninger, 2) Kontekst, 3) Individuelle faktorer og tidligere relasjon og 4) Non-verbal kommunikasjon.

4.1 Tekniske forutsetninger

Nettverksforbindelse med god nok kvalitet til å gi stabil lyd- og bildeforbindelse er i to av artiklene fremhevet som henholdsvis essensielt og som en forutsetning for åpen og tillitsfull kommunikasjon (Jenner & Myers, 2019; Weller, 2017). Weller (2017) erfarte at intervjuer som ble gjennomført med tekniske utfordringer, som lydforsinkelser, førte til samtaler uten flyt og mer tilbakeholdende deltakere. Konsekvensen av dette var redusert datakvalitet. I motsetning til dette står det i én av artiklene at korte brudd underveis i intervjuet ikke førte til tap av åpen og tillitsfull kommunikasjon, da de erfarte at det var lett å få samtalen i gang igjen (Lo Iacono et al., 2016). Jenner og Myers (2019) ba deltakerne sitte på et rolig sted med god internettforbindelse, samt laste ned Skype på forhånd av intervjuet. De erfarte at dette var effektivt for å hindre forstyrrelser og brudd i intervjuet. Chiumento et al. (2018) gjennomførte studien i et land med både dårlig strøm- og nettverksinfrastruktur. Konsekvensene var lydforsinkelser, manglende video eller frosne bilder, samt mange brudd på intervjuet. Dette gjorde intervjuene mer slitsomme for deltakerne og tolken. De valgte derfor å redusere tiden på intervjuene, som igjen reduserte dybden på intervjuene, sammenlignet med de fysiske intervjuene de gjennomførte.

4.2 Kontekst

Å bli intervjuet digitalt i sitt eget hjemmemiljø blir i flere av artiklene ansett som positivt for åpen og tillitsfull kommunikasjon, i form av at det kan gjøre deltakerne mer avslappet og komfortable (Jenner & Myers, 2019; Lo Iacono et al., 2016; Oates, 2015). Jenner og Myers (2019) sammenlignet intervjuer gjennomført på offentlige steder med intervjuer gjennomført i private settinger. De fant at fysiske intervjuer gjennomført på offentlige steder ga mindre detaljerte svar og mer politisk korrekte svar. De fant ingen forskjell i hvor mye deltakerne delte i fysiske og digitale intervjuer gjennomført i private settinger, og konkluderer med at intervjuer gjennomført digitalt ikke reduserer åpen og tillitsfull kommunikasjon og intervju effektivitet. Oates (2015) fremhever at digitale intervjuer kan gi bedre rom for å håndtere ubehag, da det kan gi mer rom for privatliv og at det kan være lettere å ta pause ved behov.

Weller (2017) gir eksempler på at konteksten som digitale intervju gir, kan påvirke åpen og tillitsfull kommunikasjon både positivt og negativt. Å ikke sitte fysisk rett ovenfor en person,

samt at deltakerne ikke ser intervjuguiden og diktafonen gjør at deltakerne kan føle på mindre press i digitale intervju, og kan virke positivt inn på åpen og tillitsfull kommunikasjon, mener hun. Videre sier hun at det kan ha negativ virkning på åpen og tillitsfull kommunikasjon at hun som forsker mister muligheten til å dra hjem til deltakerne, da dette kan redusere muligheten til å skape en felles forståelse mellom henne og deltakerne når det gjelder konteksten som livet til deltakerne skjer i.

4.3 Individuelle faktorer og tidligere relasjon

Analysen av artiklene viser at individuelle faktorer kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon. Individuelle faktorer har jeg i analysen definert som faktorer man er født med og som er vanskelig å påvirke (kjønn, alder), samt faktorer som er dynamisk (personlighet, egenskaper og ferdigheter). Lo Iacono et al. (2016) argumenterer for om digitale eller fysiske intervju er best for å skape åpen og tillitsfull kommunikasjon avhenger av forskningens tema, samt personligheten til forskeren og deltakerne. Ifølge de kan digitale intervju få sjenerte personer til å åpne seg mer. Videre argumenterer de for at digitale intervju også kan få noen forskere til å føle seg mer komfortabel og at digitale intervju passer bedre til noen forskeres intervjustil. Chiumento et al. (2018) og Weller (2017) mener at det er viktig at deltakerne er komfortable i en digital setting. Alder og kjønn er andre faktorer Chiumento et al. (2018) mener har betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon. Oates (2015) konkluderer med at det at hun hadde mye til felles med deltakerne bidro til åpen og tillitsfull kommunikasjon. De hadde blant annet til felles å være erfaren psykiatrisk sykepleier som var vant til å snakke om sensitive tema. Oates erfarte ingen forskjell på digitale og fysiske intervju, når det gjaldt åpen og tillitsfull kommunikasjon.

Å kjenne deltakerne fra før, blir relatert positivt til å skape åpen og tillitsfull kommunikasjon i tre av artiklene (Chiumento et al., 2018; Lo Iacono et al., 2016; Weller, 2017). Den tidligere relasjonen innebar å ha møttes fysisk tidligere eller hatt gjentatt kontakt via sosiale media før intervjuet.

4.4 Non-verbal kommunikasjon

Flere av artiklene diskuterer om endrede forutsetninger for non-verbal kommunikasjon kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju (Chiumento et al., 2018; Lo Iacono et al., 2016; Weller, 2017). Ifølge Lo Iacono et al. (2016) kan det å kun se ansiktet gjøre at forskeren mister viktige tegn fra resten av kroppen, men at forskeren kan oppveie for

dette ved å fokusere ekstra på hodet og skuldrene og dermed få flere detaljer fra disse kroppsdelene. Å sitte nært kameraet er med på å gjøre intervjuet fortrolig (Weller, 2017).

Å ikke se deltakeren like godt som i fysiske intervju gjorde at Chiumento et al. (2018) følte at pauser ikke ble like naturlig, og hun følte et press til å raskt stille neste spørsmål. For å motvirke dette begynte de å bruke mer metakommunikasjon, der de fortalte hva som skjedde hvis det ble stille pauser. For eksempel sa de at de så ned fordi de gjorde notater eller sa at deltakeren hadde gitt de så mange ekstra spørsmål at de trengte tid til å tenke litt. Denne tilnærmingen ga mer veloverveide spørsmål og samtalen ble mer inngående, men sammenlignet med fysiske intervjuerne ble pausene likevel kortere og dybden av utspørringen redusert.

Når det gjelder øyekontakt, påpeker både Weller (2017) og Lo Iacono et al. (2016) at det ikke kan etableres på samme måte som i fysiske intervju. Dette fordi kameraet er posisjonert slik at man ikke kan se i eget kamera, samtidig som man ser på deltakerens øyne. Lo Iacono et al. (2016) mener at i deres studie var ikke dette et problem på grunn av at de kjente de fleste deltakerne fra før og at de de intervjuet var vant til å bruke Skype. Deltakerne var derfor vant til at øyekontakt ikke kan etableres på samme måte. De mener også at det for sjenerte personer er mer komfortabelt å ikke ha så mye øyekontakt.

5.0 Diskusjon

Denne oppgavens problemstilling er hvilke faktorer som kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju. Videre vil litteraturstudiens resultater diskuteres i lys av teori, samt egne erfaringer og refleksjoner som jeg har gjort i forbindelse med gjennomføringen av masterprosjektet mitt.

5.1 Tekniske forutsetninger

Lydforsinkelser, manglende video eller frosne bilder, samt gjentatte brudd på intervjuet ga samtaler uten flyt, mer tilbakeholdne deltakere og et mindre rikt datamateriale, ifølge litteraturstudien (Chiumento et al., 2018; Weller, 2017). Et resultat fra litteraturstudien er derfor at en nettverksforbindelse med god nok kvalitet til å gi stabil lyd- og bildeforbindelse er en forutsetning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju (Jenner & Myers, 2019). I alle intervjuene jeg gjennomførte var lyd- og bildekvaliteten god under hele intervjuet. Samtalen ble kun avbrutt i to intervjuer, da deltakerens skjerm gikk i hvilemodus. Vi kunne derimot fortsatt høre hverandre, og begge samtalene vendte raskt tilbake til opprinnelig tema når deltakeren fikk tilbake bildet på sin skjerm. Denne erfaringen er i samsvar med Lo Iacono et al. (2016) som erfarte at med korte brudd gikk det lett å få samtalen i gang igjen.

Med bakgrunn i erfaringene med betydningen av både stabil strømforsyning og nettverksforbindelse anbefaler Chiumento et al. (2018) at forskeren på forhånd av intervjuet sjekker ut deltakerens tekniske forutsetninger og anbefaler å dele intervjuet opp i for eksempel tre kortere deler spredd over flere dager, hvis intervjuet gjennomføres i et land med dårlig strøm- og nettverksinfrastruktur. Ved å gjøre dette, tenker jeg, vil de redusere den tekniske sårbarheten som digitale intervju gir. Men hvorvidt en slik tilnærming vil påvirke hvem som takker ja og nei til å delta i forskning tematiserer Chiumento et al. (2018) ikke.

5.2 Kontekst

Litteraturstudien viser at å bli intervjuet digitalt i sitt eget hjemmemiljø kan være positivt for åpen og tillitsfull kommunikasjon (Jenner & Myers, 2019; Lo Iacono et al., 2016; Oates, 2015). Ifølge Tjora (2021, s. 137) kan betydningen av sted for intervjuet virke som en liten detalj, men det har vist seg at trygghet og et nivå av komfort, samt det å oppleve at man ikke forstyrres har stor betydning i enkelte intervjusituasjoner. Tjora henviser her til fysiske intervju. Dette samsvarer med resultatene fra litteraturstudien som viser at fysiske intervjuer på offentlige steder ga mindre rikt datamateriale enn intervjuer gjennomført i private settinger

(Jenner & Myers, 2019). Jenner og Myers (2019) fant ingen forskjell i hvor mye deltakerne delte i fysiske og digitale intervju gjennomført i private settinger. Også Lo Iacono et al. (2016) argumenterer for at det viktigste for datakvaliteten er at deltakeren sitter et sted der vedkommende kan snakke åpent, og ikke om intervjuet gjennomføres fysisk eller digitalt.

Selv om kontekst ofte er et av ordene man møter i tekster av kvalitative forskere, blir begrepet sjelden definert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 115). Thornquist (2009, s. 44-45) argumenterer for at kontekst er mer enn de statiske ytre rammene for kommunikasjon, altså i mitt tilfelle at konteksten for intervjuet ikke bare er *at* det skjedde på et sykehus eller i et hjem, men at konteksten inkluderer alt som skjedde og dermed er dynamisk og kontinuerlig skiftende. I et av de digitale intervjuene jeg gjennomførte snudde deltakeren seg bort fra kameraet og gjorde vinkebevegelser. Jeg antar at hun signaliserte til en annen person som kom inn i rommet, at vedkommende skulle gå igjen. Selv om deltakeren raskt hentet seg tilbake til det hun snakket om, gjorde denne episoden meg oppmerksom på at forskeren i et digitalt intervju ser begrenset av den fysiske konteksten som deltakeren sitter i. Jeg tenker derfor at det kan være vanskeligere i digitale enn i fysiske intervju å se hvordan den fysiske konteksten, og eventuelle skifter i den, påvirker deltakeren og dermed også hvordan den fysiske konteksten påvirker åpen og tillitsfull kommunikasjon.

Thornquist syn på kontekst som dynamisk og kontinuerlig skiftende er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015, s. 114) som fremhever intervjueren, intervjupersonen, kroppen og ikke-menneskers rolle som betydningsfulle aspekter når det gjelder forskningsintervjuets kontekst. I min kodeprosess har jeg derimot brukt kontekst synonymt med de fysiske rammene for intervjuet. I neste tema vil jeg komme inn på faktorer ved forskeren og deltakeren som kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon.

5.3 Individuelle faktorer og tidligere relasjon

Litteraturstudien antyder at forskerens og deltakerens personlighet, alder og kjønn samt å være komfortabel i digital setting, er faktorer som kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon (Chiumento et al., 2018; Lo Iacono et al., 2016; Weller, 2017). Hvor forskjellig forskeren og deltakeren er når det gjelder alder, kjønn og etnisitet er, ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 124), en del av intervjuets kontekst, og er faktorer som kan påvirke interaksjonen. Ifølge Tjora (2021, s. 133) vil forventninger om hvem den andre er bidra til å skape rammer for kommunikasjonen i intervjuet. Eksempelvis hvis deltaker og forsker har samme alder, kjønn og livssituasjon kan det medføre at deltakeren tar for gitt at forskeren

deler enkelte typer erfaringer eller synspunkter. Oates (2015) erfarte at å ha mye til felles med de hun intervjuet, bidro til åpen og tillitsfull kommunikasjon. Hun erfarte ikke forskjell på åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale og fysiske intervju. Noen av de individuelle faktorene, som litteraturstudien antyder har betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju, vil derfor kunne ha samme betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i både digitale og fysiske intervju.

Å være komfortabel i digital setting er en faktor som, naturlig nok, bare kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale og ikke i fysiske intervju. Resultatene fra litteraturstudien antyder at det kan være positivt for åpen og tillitsfull kommunikasjon at både forsker og deltaker er komfortabel i en digital setting (Chiumento et al., 2018; Lo Iacono et al., 2016; Weller, 2017). I min studie hadde både deltakerne og jeg erfaring med å bruke videotjeneste og kommunisere digitalt. For min del gjorde det at jeg var trygg på det tekniske, at jeg kunne ha full oppmerksomhet på innholdet i samtalen. Dette tenker jeg kan ha påvirket åpen og tillitsfull kommunikasjon positivt. På grunn av koronapandemien og medfølgende reiserestriksjoner, samt økonomiske ressurser til reise gjennomførte jeg fem av sju intervjuer digitalt via videotjeneste. Deltakerne i de digitale intervjuene fikk dermed ikke et valg om de ville intervjues fysisk eller digitalt. Hvis det er slik, som resultatene av denne litteraturstudien indikerer, at noen kan være mer komfortabel med å åpne seg opp digitalt enn fysisk, kan det være gunstig om studien legger til rette for å kunne gjennomføre både fysiske og digitale intervju og at dette er et valg som deltakerne kan få.

5.4 Non-verbal kommunikasjon

Resultatene fra litteraturstudien viser at endrede forutsetninger for non-verbal kommunikasjon, i form av redusert mulighet til å se kroppsspråk og ikke samme mulighet til å etablere øyekontakt, kan ha både positiv og negativ betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon (Chiumento et al., 2018; Lo Iacono et al., 2016; Weller, 2017).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 126) formidles mye av meningen gjennom kroppslige tegn og gester, og ikke gjennom det talte språk. Videre påpeker de at det er lett å lyve ved hjelp av det talte språket, men mye vanskeligere å gjøre det med kroppen. Jeg tolker dette som at hvis forskeren i en intervjusituasjon sanser at deltakerens kroppsspråk sier noe annet enn det deltakeren sier med ord, kan forskeren velge å utforske dette videre ved å for eksempel stille oppfølgingsspørsmål. Eller som Tjora (2021, s. 162) anbefaler; å legge til side et tema som deltakeren synes er for privat, for deretter å ta det opp igjen senere i intervjuet, er ofte en

løsning for å få data om slike spørsmål. Spørsmålet blir da videre, tenker jeg, om forskeren i digitale intervju i mindre grad klarer å fange opp hvilke tema deltakeren synes er (for) privat. En konsekvens, slik jeg ser det, av at forskeren ikke klarer å fange opp non-verbale signaler er at man kan få mindre rike data. En annen konsekvens er at forskeren ikke fanger opp når deltakeren synes temaet blir for privat. Den etiske balansegangen mellom å bygge tilstrekkelig tillit for å få deltakeren til å dele rike data og samtidig opprettholde en tilstrekkelig distanse i respekt for deltakeren, kan kanskje derfor være vanskeligere i digitale intervju? I to av artiklene (Jenner & Myers, 2019; Lo Iacono et al., 2016) blir det anbefalt, basert på deres erfaringer, å følge nøye med på ansiktsuttrykkene til deltakerne. Dette som en kompensasjon for non-verbal kommunikasjon fra andre deler av kroppen, som forskeren kan fange opp i et fysisk intervju.

Hvordan påvirker det deltakeren at han bare kan se ansiktet til forskeren og ikke får øyekontakt på samme måte som i fysiske møter? Ansiktsuttrykk, blick, kroppslig orientering og berøring inngår i sosiale reguleringsmekanismer mellom mennesker (Thornquist, 2009, s. 219). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 126) er måten intervjueren plasserer seg på foran intervjupersonen, hvordan han holder armene, kanskje lener seg litt fremover og har passende øyekontakt tegn på at situasjonen preges av både signifikans og åpenhet, og at intervjupersonen blir tatt på alvor. At deltakeren kun ser ansiktet til forskeren gjør altså at forskeren mister en del av disse kroppslige redskapene som vedkommende kanskje er vant til å bruke for å bygge en åpen og tillitsfull kommunikasjon. Lo Iacono et al. (2016) valgte å spørre deltakerne om hvordan det var å bli intervjuet digitalt. Dette var noe jeg ikke gjorde, og jeg tenker at hvis jeg hadde gjort det kunne jeg fått verdifulle utsagn knyttet til om deltakerne i min studie følte at vi hadde hatt en åpen og tillitsfull kommunikasjon gjennom intervjuet. Eksempelvis kunne jeg spurt; «tror du at du hadde svart annerledes hvis dette var et fysisk intervju?» eller «er det noe jeg som intervjuer kunne ha gjort annerledes i intervjuet?».

5.5 Metodediskusjon

Fem artikler ble inkludert fra litteratursøket. En svakhet med litteratursøket som ble gjennomført er antall databaser det ble søkt i. Flere databaser, sammen med gjennomgang av referanselister og siteringssøk kunne økt antall inkluderte artikler. Siden det i inkluderingskriteriene ble satt at artiklene skulle benytte begrepet «rapport» ble det ikke brukt synonymmer til «rapport» i litteratursøket. Det gjør imidlertid at artikler som tematiserer relasjonen mellom forsker og deltaker i digitale intervju, men som ikke eksplisitt bruker

begrepet «rapport» ikke ble funnet og inkludert. Det kan tenkes at denne strategien gjorde at jeg mistet aktuell forskning om åpen og tillitsfull relasjon i digitale intervju.

En svakhet med de inkluderte artiklene var at ingen av de var en primærstudie, men i stedet baserte seg på data fra og erfaringer med kvalitative intervjustudier som artikkelforfatterne selv hadde gjennomført. En annen svakhet var at artiklene i ulik grad benyttet systematiske metoder for å komme frem til resultatene og argumentene for hvilke faktorer som kan ha betydning for «rapport». Siden de inkluderte artiklene i litteraturstudien ikke var primærstudier, var det ikke naturlig å benytte sjekklister for vitenskapelig kvalitetsvurdering. Det var også en svakhet at det kun var én artikkel som hadde «rapport» som primær problemstilling.

6.0 Konklusjon

Hvilke faktorer som kan ha betydning for å skape åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju, er problemstillingen som har blitt belyst i denne oppgaven. Resultatene fra litteraturstudien indikerer at tekniske forutsetninger, kontekst, individuelle faktorer og tidligere relasjon, samt non-verbal kommunikasjon kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju. Fra dette kan det konkluderes med at multiple faktorer kan ha betydning for åpen og tillitsfull kommunikasjon i digitale intervju. Ingen av de inkluderte artiklene var primærstudier, og dette viser et behov for mer forskning om hvilke faktorer som er av betydning for tillitsfull og åpen kommunikasjon.

Referanseliste

- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G. & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International journal of qualitative methods*, 18, 160940691987459. 10.1177/1609406919874596
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Chiumento, A., Machin, L., Rahman, A. & Frith, L. (2018). Online interviewing with interpreters in humanitarian contexts. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1). 10.1080/17482631.2018.1444887
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Guillemin, M. & Heggen, K. (2009). Rapport and respect: negotiating ethical relations between researcher and participant. *Med Health Care Philos*, 12(3), 291-299. 10.1007/s11019-008-9165-8
- Jenner, B. M. & Myers, K. C. (2019). Intimacy, rapport, and exceptional disclosure: a comparison of in-person and mediated interview contexts. *International Journal of Social Research Methodology*, 22(2), 165-177. 10.1080/13645579.2018.1512694
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Krouwel, M., Jolly, K. & Greenfield, S. (2019). Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome – an exploratory comparative analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 219. 10.1186/s12874-019-0867-9
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lo Iacono, V., Symonds, P. & Brown, D. H. K. (2016). Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociological Research Online*, 21(2). 10.5153/sro.3952
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Oates, J. (2015). Use of Skype in interviews: the impact of the medium in a study of mental health nurses. *Nurse Researcher*, 22(4), 13-17. 10.7748/nr.22.4.13.e1318
- Prior, M. (2017). Accomplishing “rapport” in qualitative research interviews: Empathic moments in interaction. *Applied Linguistics Review*, 9. 10.1515/applirev-2017-0029
- Saarijärvi, M. & Bratt, E.-L. (2021). When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 392-396. 10.1093/eurjcn/zvab038
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thunberg, S. & Arnell, L. (2021). Pioneering the use of technologies in qualitative research – A research review of the use of digital interviews. *International Journal of Social Research Methodology*, 1-12. 10.1080/13645579.2021.1935565
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Valkonen, P., Karisalmi, N., Kaipio, J. & Kujala, S. (2021). Remote Interviews and Visual Timelines with Patients: Lessons Learned. *Stud Health Technol Inform*, 281, 845-849. 10.3233/shti210298
- Weller, S. (2017). Using internet video calls in qualitative (longitudinal) interviews: some implications for rapport. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(6), 613-625. 10.1080/13645579.2016.1269505

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkeshistorikk Medline

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to July 06, 2021>

- 1 interview/ 29763
- 2 (interview* or semi-structured interview* or semistructured interview* or qualitative interview* or research interview*).mp. 420894
- 3 1 or 2 420894
- 4 Videoconferencing/ 1976
- 5 (videoconferenc* or video conferenc* or video or zoom or skype or online or digital or virtual).mp. 502182
- 6 4 or 5 502182
- 7 rapport.mp. 8142
- 8 3 and 6 and 7 69