

Grønnestad, Hanne

"Det var litt godt og litt vondt å se henne"- pårørendes erfaringer med bruk av videokommunikasjon på sykehjem.

Bacheloroppgave i Medievitenskap

Veileder: Schofield, Daniel

Mai 2021

Grønnestad, Hanne

"Det var litt godt og litt vondt å se henne"- pårørendes erfaringer med bruk av videokommunikasjon på sykehjem.

Bacheloroppgave i Medievitenskap
Veileder: Schofield, Daniel
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for kunst- og medievitenskap

Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Abstrakt.....	ii
Abstract.....	ii
Liste over tabeller	iv
1 Innledning	1
1.1 Aktualitet og problemstilling	2
2 Teoretisk forankring.....	3
2.1 VK i helse- og omsorgssektoren	3
2.2 Kommunikasjonsteori	4
2.3 Artefakter og digital kompetanse	4
2.4 «Media Richness Theory».....	5
3 Metode	7
3.1 Valg av metode og intervjuguide	7
3.2 Gjennomføring av studien.....	7
3.2.1 Utvalgskriterier	7
3.2.2 Rekruttering av informanter.....	8
3.2.3 Gjennomføring av dybde-intervjuene	8
3.2.4 Transkribering.....	9
3.3 Analysen.....	9
3.3.1 Ramme for analysen	9
3.3.2 Generering av meningsbærende enheter	10
3.2.3 Endelige fasen av analysen	10
3.4 Diskusjon av metoden	11
3.4.1 Ekstern og intern validitet.....	11
3.4.2 Reliabilitet.....	11
3.4.3 Relevans.....	11
3.5 Etske overveininger.....	12
4 Resultater	13
4.1 Temaer.....	13
4.1.1 «Det er et positivt tilskudd»	14
4.1.2 «Det var en tung samtale».....	16
4.1.3 «Det er ikke så enkelt for dem»	18
5 Diskusjon	20

5.1 Hovedfunn.....	20
5.1.1 VK gjør det mulig å bruke flere semiotiske ressurser.....	20
5.1.2 Samtalen preges av enveiskommunikasjon	21
6 Konklusjonen av studien og dens styrker og svakheter	23
Kilder	1
Appendiks	1
1 Intervjuguide	1
2 Invitasjon til studie	2
3 Godkjenning NSD	6

Forord

Jeg vil dedikere en stor takk til min mor AKA fungerende forskningsassistent for studien. Jeg vil også takke alle informantene som delte sine erfaringer og opplevelser med meg, og min veileder Daniel Schofield som har kommet med mange gode innsalg og rettesnorer gjennom hele studien. Jeg vil også si takk til Ingrid for korrekturlesing!

Hanne Grønnestad

Trondheim, våren 2021

Abstrakt

Da korona-pandemien traff Norge våren 2020 ble det innført besøksforbud på sykehjem over hele landet. Som et middel for å forebygge sosial isolasjon og for å opprettholde sosial kontakt mellom sykehjemsbeboere og deres pårørende ble det, for første gang, tilbudt videokommunikasjon (VK). Denne studien ønsker å belyse hvordan pårørende har opplevd å måtte bruke videokommunikasjon for å opprettholde kontakten med sine familiemedlemmer på sykehjem.

Datagrunnlaget for studien er basert på fire semi-strukturerte dybdeintervju av pårørende som har brukt VK med sitt familiemedlem på sykehjem. Datamaterialet ble analysert etter en induktiv tematisk analyse, og forfatteren identifiserte 3 hovedtema og 8 under-tema. Hovedtemaene var «det var et positivt tilskudd», «det var en tung samtale» og «det er ikke så enkelt for dem».

Konklusjonen av studien er at de pårørende opplevde VK som et positivt kommunikasjonsverktøy, hvor både video og lyd i samtid bidro til å gi en opplevelse av nærhet til familiemedlemmet. Samtidig tyder funnene på at videosamtalen var preget av enveiskommunikasjon og at de pårørende opplevde at samtalen var mer krevende enn ved fysiske besøk. De pårørende var også usikre på hvor givende videosamtalen var for familiemedlemmet som var avhengige av bistand og trygging fra personalet.

Abstract

When the corona pandemic hit Norway in the spring of 2020, a ban on visiting nursing homes was introduced throughout Norway. As a means of preventing social isolation and maintaining social contact between nursing home residents and their relatives, many nursing homes offered video communication (VC) for the first time. This study wants to shed light on the experience of having to use video communication to get in touch with their family members in nursing homes.

The data for the study is based on four semi-structured in-depth interviews of relatives who have used VK to maintain social contact with their family member in a nursing home. The data material was analysed after an inductive thematic analysis, and the author identified three main themes and eight sub-themes, of which the main themes are "it was a positive contribution", "it was a heavy conversation" and "it is not so easy for them".

The conclusion of the study is that the relatives found that VK contributed to maintaining closeness with their family member in a nursing home. At the same time, the relatives experienced that the video conversation was characterized by one-way communication and that the conversation was perceived as demanding. The relatives also felt unsure whether their family members found video communication rewarding and found that their family member dependent on assistance and reassurance from the staff.

Nøkkelord: videokommunikasjon, sykehjem, pårørende og kommunikasjonsverktøy

Liste over tabeller

Tabell 1 - Karakteristikker til de pårørende og familiemedlemmet på sykehjemmet.....13

Tabell 2 - Hovedtema og under-tema.....13

1 Innledning

Helse- og omsorgssektoren står ovenfor mange nåværende og fremtidige samfunnsutfordringer. Som et ledd for å fornye, forenkle og forbedre tjenester gjennomgår sektoren en digitaliseringsprosess. En slik prosess inngår i begrepet «informasjonssamfunnet» som illustrerer hvordan informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) fører til store endringer. Med IKT menes ulike former for teknologi som kan lagre, bearbeide og overføre tekst-, lyd-, og bildeinformasjon (Nøhr, 2006), eller være et medium mellom-menneskelig kommunikasjon.

Vi mennesker har i alle årtider brukt en eller annen form for medium når vi kommuniserer med hverandre, alt i fra hulemalerier til tekstmeldinger. Hjarvard (2009) argumenterer for at media har blitt en så integrert del av det moderne samfunnet at det ikke lenger blir ansett som noe man kan skille fra kultur og andre sosiale institusjoner. Videre definerer Hjarvard (2009) medier, som både massemedier og interpersonelle medier, som teknologier som bidrar til å utvide kommunikasjon i tid og rom. Kommunikasjon kan forstås å være preget av mediering eller formidling ettersom man bruker både signaler, tegn og materielle gjenstander for å gjøre seg forstått.

Vi har gjennom teknologisk utvikling gjort det mulig å kommunisere med hverandre både gjennom lyd, video og tekst (Frantzen & Schofield, 2013). På grunn av at mediene er blitt mer interaktive er ikke skjermbaserte medier, som TV, noe man lenger bare ser på. Denne utviklingen fører blant annet til et økt kompetansekrav for samfunnsborgere, og mye tyder på at særlig den eldre delen av befolkningen, dvs. personer over 60 år, ikke er like integrert i informasjonssamfunnet som de yngre (Tøndel, 2018). Slette-meås et al. (2018) sier at gruppen mennesker som ikke greier å utvikle evnen til å beherske nye digitale verktøy blir utestengt fra en sentral informasjons- og kommunikasjonsstrøm og at fokuset på digitalisering ikke alltid tar høyde for menneskers behov; det utvikles teknologi som er tilpasset noen, men ikke alle.

1.1 Aktualitet og problemstilling

Da det våren 2020 ble innført besøksforbud på norske sykehjem i forbindelse med korona pandemien ble det, etter oppfordring fra Helsedirektoratet, innført en rekke tiltak i den kommunale helse- og omsorgssektoren som skulle bidra til å redusere sosial isolasjon. Som et ledd for å opprettholde sosial kontakt mellom sykehjemsbeboere og deres pårørende ble hver enkelt kommune oppfordret til å tilby videokommunikasjon ved sine sykehjem (Helsedirektoratet, 2021).

Denne studien ønsker å belyse hvordan pårørende har opplevd å måtte bruke VK for å komme i kontakt med sitt familiemedlem på sykehjem under en tid med fysiske besøksforbud. For å undersøke dette har denne oppgaven følgende problemstilling: *hvordan erfarer pårørende bruk av videokommunikasjon mellom seg og sitt familiemedlem på sykehjem?*

2 Teoretisk forankring

I dette kapittelet vil forfatteren tydeliggjøre studiens relevans og kontekst ved å presentere begreper og teorier som brukes i diskusjonen (kapittel 5). For å danne et forståelsesgrunnlag for tematikken vil kapittelet innledes med en bakgrunn og relevante studier om VK i helse- og omsorgssektoren, etterfulgt av medievitenskapelig teori om kommunikasjon, artefakter og digital kompetanse og «media richness theory» (MRT).

2.1 VK i helse- og omsorgssektoren

Å ta utgangspunkt i den enkelte brukers ønsker og behov er et overordnet mål innen helse- og omsorgssektoren. Det er kommunenes ansvar å sikre at personer som mottar helse- og omsorgstjenester får en aktiv og meningsfull hverdag (Eide & Aadland, 2008). Som et middel for å sikre disse behovene og for å løse fremtidige offentlige helse- og omsorgsoppgaver har Helsedirektoratet lagt føringer for at kommunene må ta i bruk mer velferdsteknologi (Knarvik et al., 2017). *Velferdsteknologi* kan defineres som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen. Velferdsteknologi kan også fungere som en teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (Hofmann, 2010).

Videokommunikasjon har i flere år vært brukt som et verktøy for elektronisk samhandling i spesialisthelsetjenesten (Arentz-Hansen et al., 2020), men innen den kommunale omsorgssektoren var VK, før korona-pandemien, et lite etablert tilbud. Det har også blitt gjort svært få studier om bruk av VK på norske sykehjem. Forfatteren kunne kun identifisere, etter søk i ulike databaser, en pilotstudie av Alnes et al. (2019). Denne pilotstudien pekte blant annet på at VK kan være et viktig kommunikasjonsmiddel mellom pårørende og sykehjemsbeboere, og at det åpner for flere muligheter for sosial kontakt. En annen pilotstudie om bruk av VK i hverdagsrehabiliteringstjenester blant personer over 67 år, fant at brukerne opplevde mestring i å lære seg ny teknologi og syntes at VK bidro til sosialt samvær (Berg et al., 2017). Derimot fant en studie at VK ikke opplevdes som like tilfredsstillende som fysiske besøk mellom sykehjemsbeboere og deres pårørende i Taiwan (Tsai & Tsai, 2010). En annen studie fra Storbritannia fant også at familiens villighet til å delta og/eller manglende digital kompetanse hos personalet fungerte som mulige barrierer for VK (Zamir et al., 2018).

2.2 Kommunikasjonsteori

Kommunikasjon kan defineres som en intendert handling for å gjøre noe kjent for den andre, det finnes en sender, et budskap og en mottaker (Eide & Eide, 2005). Fiske (2010) deler kommunikasjon inn i lineær- og semiotisk kommunikasjon. I lineær kommunikasjon er interaksjonen som en prosess hvor en person relaterer seg til den andre gjennom å påvirke hverandres tankesett, oppførsel eller følelser. Kommunikasjon oppstår ved at senderen må velge et budskap og et medium, et middel som noe blir spredt igjennom, hvor budskapet skal sendes. Effekten av kommunikasjonen handler om hvilken konsekvens budskapet får. Forstår mottakeren budskapet? Hvis ja, velger vedkommende å respondere slik at sender og mottakerrollen reverseres (Schwebs & Østbye, 2013).

En kritikk mot den lineære kommunikasjonsmodellen er at den gir mottakeren en for passiv rolle. Fiske (2010) ligger til grunn at budskap betyr konstruksjon av tegn, som gjennom interaksjon med mottaker, produserer mening, dermed er interaksjonen mellom mottaker og sender i en konstant bevegelse for å skape mening. For å forstå samspillet mener Fiske (2010) at man også må forstå den kulturelle konteksten. Eksempelvis når mottakeren leser budskapet tilskriver han/hun mening til budskapet, og det skjer ved at man bruker tidligere erfaringer knyttet til referenten (objektet) eller til tegnet (meldingen).

I medievitenskapen betyr tekst ikke bare skrift på et papir eller en skjerm, men det omfatter også verbale tegnsystemer som ord i tale og skrift samt visuelle tegnsystemer som lyd og bilde (Schwebs & Østbye, 2013). Et tegnsystem som brukes i en gitt tekst eller i et kommunikativt uttrykk betegnes som en modalitet, og når vi bruker flere modaliteter for å skape mening kalles det multimodalitet (Løvland, 2006). Når vi mennesker kommuniserer bruker vi gjerne flere tegnsystemer samtidig og innen hvert tegnsystem kan vi velge å bruke semiotiske ressurser, det vil si uttrykk som vi mennesker er i stand til å produsere mening igjennom. Eksempelvis kan vi bruke verbalspråk og samtidig understøtte det vi ser ved hjelp av mimikk. Vi omtaler også gjerne hva de ulike modalitetene egner seg til, som deres modale affordans, eksempelvis egner bilder seg best til å beskrive hvordan noe ser ut (Metliaas et al., 2015).

2.3 Artefakter og digital kompetanse

En artefakt kan beskrives som en gjenstand som er konstruert og laget for og av mennesker (Bolter et al., 2000). Vi kan dele artefakter inn i fysiske- og psykologiske artefakter. Fysiske artefakter er materielle og praktiske redskaper som et nettbrett, og kan forklares som verktøy

som forenkler våre måter å arbeide på. Psykologiske artefakter derimot er abstrakte og symbolske begreper og systemer som for eksempel språk og tegnsystemer. De fysiske- og psykologiske artefaktene er derimot ikke isolerte, men er avhengige av hverandre (Frantzen & Schofield, 2013). Eksempelvis kan man ikke bruke et nettbrett og en videomøte-programvare uten forståelsen av systemer som språk og Internett.

Artefakter kan klassifiseres på ulike nivåer, og de ulike nivåene referer til grader av kompleksitet og kompetanse. Det primære artefaktnivået knyttes til brukerens basale kunnskaper om det fysiske artefaktet og hvordan den kan brukes. Denne kompetansen inngår i begrepet digital kompetanse, som blant annet omfatter at man har de praktiske kunnskapene som må til om det fysiske artefaktet for å foreta en eller annen for produksjon. Det sekundære nivået representerer i hvilken sammenheng og til hvilket formål de primære artefaktene brukes til (Frantzen & Schofield, 2013). F.eks. vil man være avhengig av å både kunne mestre å navigere en touchskjerm på et primært artefakt nivå og forstå på et sekundært artefaktnivå at man kan bruke skjermmedier til å kommunisere med andre.

Artefakter er også historisk, sosialt og kulturelt betinget. De er produkter som mennesker har skapt for å kunne fungere i og mestre sine omgivelser. Eksempelvis var skjermmedier, som fjernsynet, tidligere forbundet med enveiskommunikasjon, men med digitalisering og internett har mediene i større grad gitt mulighet for toveiskommunikasjon. Når det åpnes for nye kommunikasjonsarenaer utvikles det nye og kulturelle praksiser på det sekundære artefaktnivået (Frantzen & Schofield, 2013).

2.4 «Media Richness Theory»

Hvilke verktøy som egner seg best til ulike oppgaver ligger til grunn for «media richness theory» (MRT). Teorien fremmer et forslag om at verktøy for kommunikasjon kan plasseres på en «rikhetsskala» over hvor mye informasjon det har kapasitet til å formidle. Ordet «rik» vil si evnen til å endre forståelse innen et gitt tidsintervall. MRT ligger fire kriterier til grunn for hvordan man skal rangere mediet; a) muligheter for umiddelbar tilbakemelding, b) muligheten til flere spor, for eksempel vokal (stemmeleie) og kroppsspråk c) språk-variasjon og spekter av vokabular og d) nivå av personlig fokus (følelser og forventinger) (Trevino et al., 1987).

Videre blir de mindre «rike» kommunikasjonsformene beskrevet som asynkrone, mens de «rike» er synkrone. At de er synkrone betyr at kommunikasjonen foregår i samtid og at mottakeren av budskapet kan respondere med en gang, mens asynkrone

kommunikasjonsformer vil si at man ikke har en mulighet, eller forventning om en umiddelbar tilbakemelding (Robert & Dennis, 2005).

MRT bygger også på at det bør være en sammenheng mellom type oppgave og kommunikasjonsverktøyet, innenfor MRT betyr dette at for komplekse oppgaver bør det velges et verktøy høyt oppe på «rikhetsskalaen», mens det for enklere oppgaver bør velges enklere verktøy lenger ned på skalaen. Dette betyr at for tvetydige oppgaver der man må diskutere seg frem til en løsning bør det brukes telefon eller videokommunikasjon.

Tvetydighet vil si at det finnes flere og motstridende fortolkninger av en situasjon, noe som kan føre til usikkerhet (Trevino et al., 1987).

En kritikk av MRT er at teorien ikke tar høyde for hvert enkelt individs oppfatning av hva som er «rikt» og ikke, teorien er også utelukkende deterministisk og nedprioriterer brukerens valgfrihet og påvirkning av omgivelsene rundt. For eksempel vil faktorer som tilgjengeligheten av mediet og kunnskaper om mediet hos avsenderen og mottakeren spille inn (Dennis et al., 1998). Til tross for denne kritikken velger forfatteren å inkludere MRT fordi den setter noen kriterier for å vurdere VK og hvilke faktorer som gjør at VK kan oppleves som et «rikt»-medium.

3 Metode

I dette kapittelet vil forfatteren først presentere valg av metode og intervjuguide, etterfulgt av en gjennomføring av studien og refleksjoner rundt forfatterens bakgrunn. Videre vil forfatteren presentere gjennomføringen av analysen, diskusjon av metoden og etiske overveininger.

3.1 Valg av metode og intervjuguide

For å forstå pårørendes erfaringer med VK har denne studien et kvalitativt design. Dette designet ble valgt fordi det har en åpen struktur hvor forskeren utforsker og beskriver informantenes erfaringer, opplevelser og forståelse av fenomenet (Kvale et al., 2009). I et kvalitativt design legges det vekt på å gjøre seg grundig kjent med datamaterialitet. Etter hermeneutiske prinsipper plukker man datamaterialet fra hverandre for å se nøyere på hver enkelt bit, deretter setter man bitene sammen igjen slik at man kan se sammenhengen og helheten i datamaterialet (Malterud, 2003).

For å få en forståelse av de pårørendes erfaringer har forfatteren gjennomført dybdeintervju ettersom det åpner for å la de pårørende forklare og reflektere fritt rundt sine førstehåndserfaringer med VK. For å danne et rammeverk av temaer for dybdeintervjuet laget forfatteren en semistrukturert intervjuguide (se appendiks 1) med bakgrunn i det teoretiske grunnlaget fra kapittel 2. Intervjuguiden inneholdt også åpne spørsmål for å ikke utelukke potensielle temaer og synspunkter som forfatteren ikke hadde tenkt på i forkant av intervjuene, og utfyllende spørsmål ble inkludert når det var et behov for å få en avklaring av det som ble sagt (Malterud, 2003).

3.2 Gjennomføring av studien

3.2.1 Utvalgsriterier

For å kunne delta i studien måtte informantene;

- I. Være over 18 år
- II. Ha brukt videokommunikasjon, tilbudt av sykehjemmet i forbindelse med besøksforbudet, for å komme i kontakt med sitt familiemedlem minst tre ganger

Disse to kriteriene ble valgt for å danne en viss homogen aldersgruppe av informanter. Det var også ønskelig at informantene hadde brukt VK i forbindelse med besøksforbudet på sykehjemmet minst tre ganger slik at de hadde fått dannet seg et visst erfaringsgrunnlag, men forfatteren stilte seg også åpen til å rekruttere informanter som hadde brukt VK færre ganger.

3.2.2 Rekruttering av informanter

For å rekruttere informanter foretok forfatteren et strategisk utvalg og kontaktet aktuelle kandidater i sitt eget nettverk. Denne rekrutteringsstrategien ble valgt på bakgrunn av studiens tidsbegrensning og forfatterens kjennskap til at de aktuelle kandidatene hadde erfaringer med å bruke VK for å komme i kontakt med sitt familiemedlem på sykehjem. Siden forfatteren kjente de aktuelle kandidatene var det særlig viktig i rekrutteringsprosessen å tydeliggjøre at kandidatene kunne takke nei til å delta eller trekke seg fra studien når som helst. De aktuelle kandidatene ble kontaktet via telefon eller e-post og alle som ble kontaktet takket ja til å delta. Utvalgt bestod av fire informanter i aldersgruppen 59-63 år.

3.2.3 Gjennomføring av dybde-intervjuene

Tre av intervjuene ble gjennomført via videosamtale (Zoom) som følge av smittevern hensyn og ett ble holdt fysisk. I forkant av intervjuet ble alle informantene orientert om sine rettigheter (appendiks 2). Videre var det verbale språket under intervjuene norsk, intervjuene varte mellom 27-38 minutt og ble avholdt mellom februar-mars 2021.

I tråd med Kvale et.al (2009) forsøkte forfatteren under intervjuene å finne en balanse mellom å være lyttende og spørrende. Det varierte mellom hvert intervju hvor mye forfatteren måtte styre samtalen og opptre mer spørrende. I det første intervjuet lot forfatteren informanten ta mer kontroll og samtalen gikk litt utenfor intervjuguiden, noe som var nyttig da dette førte til at tema som forfatteren ikke hadde tenkt ut på forhånd kom frem og ble senere inkludert i intervjuguiden som oppfølgingsspørsmål. I slutten av hvert intervju spurte forfatteren hvordan informantene opplevde intervjuet. Dette var hensiktsmessig for å få en tilbakemelding, både i form av spørsmål som ble stilt og hvordan intervjuet forløp. Mellom hvert intervju transkriberte forfatteren intervjuet. Dette var nyttig fordi man da kunne lytte til sin egen intervjustil og vurdere om man burde gjøre noen endringer, og for å danne seg en oversikt over fremtredende tema.

I kvalitativ forskning er ikke spørsmålet om, men hvordan rollen til forskeren påvirker forskningsprosessen. Malterud (2003) argumenterer for at forskeren må konstant vurdere hans/hennes forutinntatte tolkninger eller antagelser, og vurdere hvordan disse påvirker forskningsprosessen. Med dette i bakhodet har forfatteren reflektert over ens tidligere arbeidserfaring på sykehjem og ens inntrykk av at eldre sykehjemsbeboere ofte har manglende digital kompetanse. Det var derfor viktig under intervjuene å stille seg åpen og ikke automatisk gå ut ifra denne antagelsen. Forfatteren har også reflektert rundt det faktum

at hun kjenner informantene og vurdert hvordan har påvirket intervjusettingen og analysen av datamaterialet. Forfatteren har f.eks. reflektert over at den sosiale relasjonen kan ha gjort at man ikke har gått like mye inn på sensitive tema under intervjuet som man kanskje ville ha gjort hvis forfatteren og informanten ikke hadde kjent hverandre.

3.2.4 Transkribering

Transkripsjonsprosessen var en tidkrevende prosess, men også en verdifull erfaring ettersom det ga forfatteren en mulighet til å fange tonen og stemningen i hvert intervju. Det skrevne rådatamaterialet ble gjengitt så litterært som mulig, men ufullstendige setninger og ord som "da", "vel" og "som" ble ekskludert for å opprettholde en flyt i det transkriberte materialet (Kvale et al., 2009). Hvis det var en pause i mer enn tre sekunder, ble konvensjonen [...] brukt til å demonstrere dette. For å bevare anonymiteten ble språket endret fra dialekt til bokmål, og navn eller opplysninger som kunne knyttes til en persons identitet ble kodet. Etter å ha intervjuet fire informanter mente forfatteren at det hadde blitt samlet inn en tilstrekkelig mengde data til å belyse oppgavens problemstilling. Dette er i tråd med Malterud (2003) som sier at metning av data ikke handler om å ha samlet inn all data om emnet, men nok til å belyse oppgavens problemstilling.

3.3 Analysen

3.3.1 Ramme for analysen

Transkripsjonene ble analysert for kjernebegreper og undertemaer ved hjelp av en tematisk analyse inspirert av Clarke and Braun (2014). Analysen fulgte en induktiv tilnærming som vil si at temaene var sterkt knyttet til selve datamaterialet. Ifølge Clarke and Braun (2014) vil analysen av dataene være drevet av forskerens teoretiske interesse for området, men de påpeker også at man ikke kan frigjøre seg fra teoretiske og epistemologiske forpliktelser. Dataen ble derfor analysert innenfor den teoretiske rammen beskrevet i kapittel 2.

Et tema, ifølge Clarke and Braun (2014), fanger opp noe viktig med dataene i forhold til forskningsspørsmålet. En tematisk analyse gir med andre ord relativt stor frihet i valg av tema, men analysen ligger også til grunn at man må være konsistent. Malterud (2003) mener at for å lære om temaene må man også fokusere på hva som er viktig for de som studeres. Med dette i bakhodet analyserte forfatteren dataene for å finne temaer som syntes å være viktige for informantene, men som også ga tilstrekkelig dybde til å besvare problemstillingen.

3.3.2 Generering av meningsbærende enheter

I starten av analysen leste forfatteren over alle de transkriberte intervjuene og laget en liste over mulige temaer. Den neste fasen av analysen innebar å lage innledende koder fra rådatamaterialet. En kode identifiserer et trekk ved dataene som virker interessante og uttrykket «minste meningsfulle enhet» blir ofte brukt som betegnelse (Clarke & Braun, 2014). Programvaren NVivo (Welsh, 2002) ble brukt for å generere en liste av koder og markere i teksten hvor kodene ble hentet i fra. For ikke å ekskludere data, kodet forfatteren for så mange potensielle temaer som mulig og enkelte utdrag av data ble kodet flere ganger. Dette er i tråd med Malterud (2003) som argumenterer for at analysen skal være fleksibel og dynamisk for å ikke utelukke noen potensielle tema.

Den neste fasen av analysen var å ta et skritt tilbake og identifisere hvordan de forskjellige kodene kunne kombineres for å danne et potensielt tema. I løpet av denne fasen brukte forfatteren et digitalt tankekart for å organisere kodene (som inneholdt utdrag av rådata) i temabunker. I løpet av denne prosessen ble det tydelig at enkelte tema var større og mer komplekse enn andre, mens andre var for små til å danne et hovedtema. Forfatteren måtte derfor gå tilbake og lese over det transkriberte materialet for å finne nye forhold mellom kodene og temaene. I denne delen av analysen ble også tentative hoved- og undertema diskutert med hovedveilederen for å få tilbakemeldinger på de tentative hoved- og undertemaene.

3.2.3 Endelige fasen av analysen

Den siste fasen av analysen handlet om å produsere den analytiske teksten med de overordnede hoved- og undertemaene og velge illustrerende sitater fra informantene. Ifølge Clarke and Braun (2014) skal de utvalgte sitatene være integrert i den analytiske fortellingen mens de forteller en overbevisende historie. Forfatteren vurderte også hvorvidt den analytiske teksten identifiserte «historien» som hvert tema forteller og vurderte hvor godt det passet med problemstillingen. I løpet av denne fasen må man også sørge for at den presenterte teksten og de utvalgte sitatene representerer uttalelsene fra informantene. For å oppnå dette, leste forfatteren igjennom alle transkripsjonene på nytt for å se om noe måtte justeres.

3.4 Diskusjon av metoden

3.4.1 Ekstern og intern validitet

Med tanke på intern validitet, eller i hvilken grad en metode undersøker hva som er ment å undersøke (Kvale et al., 2009), reises det spørsmål om intervjuguiden, organiseringen av intervjuene og møtet med intervjueren har gitt informantene mulighet til å formidle sine erfaringer og tanker. Dette er selvsagt vanskelig å avgjøre, men forfatteren opplevde at informantene uttalte seg fritt under intervjuene og i stor grad styrte samtalen.

Med tanke på at det kun har vært førsteforfatteren som har hatt ansvar for analysen, koding av de meningsbærende enhetene, kategorisering av tema og den analytiske teksten, kan det reises spørsmål ved den interne validiteten. Det hadde utvilsomt vært en fordel å være mer enn en forfatter, ettersom det bidrar til å få en dypere forståelse og motarbeider subjektivitet, men dette var vanskelig å oppnå innenfor oppgavens rammer.

Når det gjelder ekstern validitet og generaliserbarhet vil dette bli videre diskutert i kapittel 6.

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om troverdigheten til forskningsresultatene, men reliabilitet i tradisjonell forstand er ikke et mål for kvalitativ forskning fordi studien vil aldri få det samme resultatet om den hadde blitt repetert. Likevel skal leseren kunne vurdere hvordan forskeren har gjennomført studien og fulgt forskningsetiske prinsipper (Kvale et al., 2009). For å etterstrebe dette har forfatteren hatt et overordnet mål om å gi en oversikt over de ulike trinnene i den analytiske prosessen.

Ifølge Kvale et al. (2009) kan man sikre reliabilitet og motvirke vilkårlig subjektivitet fra forskerens side ved å få flere forskere til å transkribere, kode og tolke materialet uavhengig. Selv om dette ikke var mulig innenfor rammen av denne bacheloroppgaven, har forfatteren forsøkt å erkjenne egne antagelser og reflektere over eventuelle påvirkninger på forskningsresultatene, og diskutert hovedresultatene med hovedveileder underveis i studien.

3.4.3 Relevans

Relevans betyr om forskning bidrar til ny kunnskap eller forståelse av et fenomen (Malterud, 2003). For å vurdere relevansen av en studie på forhånd, må forskeren kjenne den eksisterende empirien i spørsmålsfeltet, slik at forskeren kan få en oversikt over eksisterende kunnskap og hvilken ny forskning som trengs. I forkant av studien gjennomførte forfatteren et litteratursøk i ulike databaser og fant at det var manglende forskning på dette feltet, noe

som taler for studiens relevans. Spørsmålet om studiens relevansen vil også bli reist når den er fullført, og vil derfor bli videre diskutert i kapittel 6.

3.5 Ethiske overveininger

Studien fikk godkjenning hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) nr. 505052 (appendiks 3). I forkant av intervjuene mottok informantene et samtykkeskjema som inneholdt informasjon om studien og deres rettigheter (appendiks 2). For å sikre informantenes anonymitet ble alle personopplysninger anonymisert og kodet. Alle opptak og transkriberte intervjuer ble lagret på en kryptert harddisk og vil bli slettet i etterkant av studien, i samsvar med Kvale et al. (2009).

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene av analysen. Først vil forfatteren presentere en tabell med karakteristikk til informantene og familiemedlemmet på sykehjemmet (tabell 1).

Deretter vil forfatteren presentere hovedtema og under-tema som er blitt navngitt etter forfatterens fortolkning av datamaterialet (tabell 2) etterfulgt av den analytiske teksten med utvalgte sitater fra de pårørende.

Tabell 1 - Karakteristikk til de pårørende og familiemedlemmet på sykehjemmet

Kodet	Relasjon til familiemedlem på sykehjem	Informantens alder og alder til familiemedlemmet på sykehjemmet
F1	Datter	59 og 90 år
F2	Sønn	63 og 85 år
F3	Datter	61 og 90 år
F4	Datter	62 og 85 år

4.1 Temaer

Tabell 2 - Hovedtema og under-tema

Hovedtema	Under-tema
«Det er et positivt tilskudd»	«Det er et godt alternativ» «Du kan observere deres velvære» «Det var enkelt å ta i bruk»
«Det var en tung samtale»	«Du kan ikke være stille sammen» «Det er du som er fortelleren» «Du unngår visse tema»
«Det er ikke så enkelt for dem»	«De forstår ikke helt teknologien» «De må ha bistand av personalet»

4.1.1 «Det er et positivt tilskudd»

«**Det er et godt alternativ**» Alle de pårørende mente at videokommunikasjon var et kjærkomment tilbud som tillot dem å komme i kontakt med familiemedlemmet sitt under en tid med besøksforbud;

«Det er jo en del ting som du ikke får via video-samtale, men alternativet å ikke ha noen ting er dårligere da. Det er mye bedre å ha et videomøte enn ingenting i korona-tider» - F2

Videre fremhevet de pårørende at det var særlig positivt at VK gjorde det mulig å både se og høre hverandre i samtid, og mente at muligheten til å kunne uttrykke seg gjennom kroppsspråk, ved å f.eks. vinke til hverandre eller sende slengkyss, var positivt fordi man kunne uttrykke seg både verbalt og non-verbalt. VK var også å foretrekke over andre kommunikasjonsverktøy;

«Jeg synes faktisk at den ble mye bedre i forhold til vanlig telefon [...]. Jeg følte at jeg fikk snakket med henne på en litt annen måte, fordi da kunne hun se meg og det ble litt sånt mer nært, rart med det bildet ser du»- F4

Den pårørende utdypet at familiemedlemmet normalt hadde vanskelig for å gjenkjenne stemmen hennes i telefonen og ble lite interessert i å føre en samtale. Når de brukte VK derimot ga familiemedlemmet mer uttrykk for at hun gjenkjente ansiktet og ble mer engasjert i samtalen. Selv om de pårørende hovedsakelig hadde brukt VK i forbindelse med besøksforbudet, var det også et positivt tilbud når man var bortreist;

«Ja, med videomøter så kunne du snakke om at nå er jeg her på ferie, og kanskje vise litt rundt slik at hun fikk se, og så kunne vi prate om det»-F1

De pårørende fremhevet hvordan VK gjorde det lettere å dele minner og opplevelser når de ikke hadde mulighet til å dra på besøk eller var bortreist, men en informant mente også at dette kunne være et sårt punkt;

«Jeg har fortrent det litt [...] men jeg husker at på 17. mai når vi var her så snakket vi jo med henne på video-møte, da satt vi jo her alle søsknene. Vi satt rundt bordet når vi skulle drikke kaffe og spise kake, det angret jeg så bittert på. Stakkars, der sitter hun på rommet

alene og ser hvordan vi har det og ler sammen. Uff det angrer jeg bittert på. Jeg skulle liksom gjøre det kjekt, du skulle prøve å inkludere henne i det vi gjør» - F3

«Du kan observere deres velvære» Selv om det var knyttet litt ambivalens med å dele øyeblikk og opplevelser gjennom VK, opplevde de pårørende at VK også bidro til å danne et bilde av hvordan familiemedlemmet hadde det;

«Du kunne liksom observere om hun ser trøtt ut i øynene i dag, og jeg kunne få med meg ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og mimikk»- F2

At man kunne observere familiemedlemmet bidro til en trygghetsfølelse blant de pårørende, men de poengterte også at det ikke ga et like fullstendig bilde som når man møttes fysisk, og at en allerede eksisterende trygghet var en viktig forutsetning;

«Jeg følte at inne hos mamma var de flinke og var opptatt av at hun skulle se stelt ut. Så jeg var aldri redd for det, jeg kunne jo legge merke til om hun var stelt på håret gjennom videoen»-F1

«Det var enkelt å ta i bruk» Det var ikke kun opplevelsen av å både kunne se og høre familiemedlemmet sitt som var positivt med VK, det var også enkelt å ta i bruk;

«Det var lite man måtte trykke på for å få det opp og gå, det var egentlig ganske rett frem»- F2

Denne oppfattelsen av VK var gjeldende både blant de pårørende som opplyste at de brukte VK til daglig og de som brukte det mer sjeldent. Selv om de pårørende opplevde at VK var enkelt å ta i bruk, var ikke dette tilfellet for familiemedlemmet som behøvde assistanse og bistand fra personalet. Det kom også frem at det hadde vært noen tekniske utfordringer blant personalet, noe som bidro til en usikkerhet for enkelte pårørende;

«Ja, du begynte å lure på om det er jeg som har gjort noe feil eller er det personalet for det ble litt sånt dårlig kommunisert hvem som hadde gjort feil. Fordi du trodde kanskje at du hadde gjort det rett, men så virket det ikke allikevel. Jeg husker at jeg ble litt usikker om det er jeg som gjør feil nå, eller er det i andre enden»- F1

4.1.2 «Det var en tung samtale»

«**Du kan ikke være stille sammen**» Selv om alle de pårørende mente at VK var et positivt tilskudd, var det også stor enighet om at videosamtalen de hadde med sitt familiemedlem var annerledes enn når de møttes fysisk;

«Det blir mer kunstig, og du må gjøre mer for å holde det i gang, mens når du er der på besøk er det naturlig og greit om det blir en liten pause, men det blir ikke like naturlig som når du skal ha en videosamtale føler jeg. Det blir som at du ringer til noen og bare holder røret og ingen sier noen ting, det blir en litt pussig situasjon, og det blir pussig med en videosamtale også selv om vi ser hverandre»- F2

En av de pårørende mente at videosamtaler med kolleger eller venner vanligvis ikke opplevdes som pressende, men det var ikke alle som delte denne oppfatningen;

«Det er et press at du må levere hele tiden, det er kanskje en øvelse. Eller det vet jeg ikke, jeg har jo mye sånn Messenger [video samtaler] med datteren min, og jeg kjenner på det der også- du må opprettholde samtalen fordi du ikke er nær hverandre»-F3

«**Det er du som er fortelleren**» Alle de pårørende opplevde at videosamtalen var preget av enveiskommunikasjon og at gleden av å se hverandre kunne bli kortvarig;

«Vi spurte jo spørsmål som hvordan går det med deg i dag, og så fikk vi jo sånt helt enkle svar at jeg har ingenting å klage på. Den wow-effekten av å se hverandre varte ganske kort, hun [familiemedlemmet] ga jo uttrykk for at det var kjekt å se meg, og vi kunne le og smile litt, men så ble det tungt»-F1

Et sentralt moment for at videosamtalen ble preget av enveiskommunikasjon var den manglende fysiske nærheten. De pårørende vektla hvordan den fysiske nærheten normalt bidro til å holde samtalen i gang når familiemedlemmet, som hadde kognitiv svikt, hadde vanskelig for å komme opp med egne samtaleemner;

«Jeg syntes det var tungt fordi det var jeg som måtte være fortelleren hele tiden, sånt når vi møtes fysisk så kunne jeg kommentere den nye orkidéen, og så pratet vi litt om at den hadde begynt å blomstre, eller de fine bildene på bordet. Da kunne jeg si at det var et så koselig bilde av deg [familiemedlem] og [mannlig bekjent], så begynte vi litt å prate om ham»-F1

På spørsmål om familiemedlemmet kunne bruke nettbrettet til å vise rundt i rommet slik at man kunne benytte seg av de vanlige samtaleemnene, som beskrevet i forrige sitat, ble det tydelig at dette ikke var et alternativ;

«Hun kunne jo ikke løfte opp Ipaden og vise rundt, hun skjønnte jo ikke det, og vi våget ikke å si det til henne heller, fordi tenk om hun mistet den i gulvet»- F1

«Du unngår visse tema» De pårørende understreket at den manglende fysiske nærheten og tilstedeværelsen gjorde det krevende å føre en samtale og at de måtte i stor grad måtte fortelle om seg selv og sine egne liv, men den manglende fysiske tilstedeværelsen bidro også til at enkelte unnlot å snakke om emosjonelle tema;

«Jeg syntes at jeg kunne lese henne godt, jeg tenkte på om hun virket lei seg, og jeg lurte på hva som lå bak det ansiktsuttrykket hennes, hvorfor virket hun mer lei seg nå enn forrige gang. Men jeg var veldig var på å stille slike spørsmål når jeg ikke kunne ta på henne og trøste»- F1

Enkelte av de pårørende forklarte også at når de emosjonelle temaene ble utelatt gjorde det dem usikre på om familiemedlemmet opplevde samtalen som givende. En av de pårørende uttrykte også en bekymring over familiemedlemmets manglende forståelse for hvorfor de kun brukte VK;

«Hun sa aldri noe om det, men hun sa at hun savnet oss, og jeg tror det aldri ble helt det samme for henne. Det var veldig blandede følelser, det var litt godt og litt vondt å se henne. Det var godt å se henne, men vi var redde for at hun skulle oppfatte det slik at vi ikke ville komme på fysisk besøk. Hun spurte om hvorfor vi ikke kom, hun skjønnte ikke helt. Så jeg kjente det litt etterpå, jeg vet ikke hvor god opplevelse det var for henne» - F1

4.1.3 «Det er ikke så enkelt for dem»

«**De forstår ikke helt teknologien**» De pårørende mente at familiemedlemmet hadde liten forutsetning for å lære seg å bruke VK og nettbrett, og opplevde at deres manglende erfaring med kommunikasjonsverktøy og/eller kognitiv svikt gjorde at familiemedlemmet kunne bli umotivert eller virke utrygg;

«Hun så jo at det var meg og alle ting, men hun syntes det var litt pussig, jeg merket det. Hun kommenterte og lurte på hvorfor jeg var på fjernsynet» - F2

Enkelte av de pårørende mente også at den manglende forståelsen for VK og nettbrett kom til uttrykk når personalet måtte stille inn skjermen;

«Vi var jo avhengige av at personalet klarte å stille inn skjermen slik at vi så ansiktet hennes, og at vi ikke så brystet eller opp i taket. Vi måtte ha hjelp til det, fordi hun klarte ikke selv å stille inn skjermen» - F1

Den pårørende forklarte videre at selv om nettbrettet ble riktig innstilt så kunne familiemedlemmet endre på sittestillingen og forsvinne ut av bildet med mindre man ble veiledet av personalet. Personalet var med andre ord viktige støttespillere under, men også i slutten av videosamtalen;

«Vi prøvde alltid å avslutte på en humoristisk måte, og det var lettere når personalet var der for avslutningen og du visste at de var der for å ta henne med inn på dagligstuen igjen, og at hun ikke ble sittende alene på rommet, kikke inn i den svarte skjermen og gruble på hva dette var» - F1

De pårørende forklarte at sykehjemmene hadde ulike løsninger for hvordan de bistod familiemedlemmet under videosamtalene. Enten satt familiemedlemmet alene på rommet og personalet bare bistod i starten og i avslutningen, eller så var personalet til stede under hele videosamtalen. De pårørende som opplevde at personalet var der kun i starten og i avslutningen mente at man burde ha avtalt lengden på videosamtalen;

«Hvis du hadde avtalt at du skulle holde på i 5-10 minutter, så hadde du kanskje sittet igjen med en bedre følelse. Nå blir det bare sånt at du holder på å dra ut samtalen og den bare blir sårere og tyngre å holde den i gang» - F3

«De må ha bistand av personalet» For de pårørende som opplevde at personalet var til stede under hele videosamtalen opplevde enkelte at samtalen ikke ble like privat, men en av de pårørende mente at personalets tilstedeværelse var helt nødvendig;

«Det hjalp mor, og jeg tror det ble lettere å snakke med meg, og det var en ekstra trygghet i at noen satt der og hjalp henne, fordi for henne er dette helt nytt. Det hjalp henne også å fokusere på skjermen. Fordi den ene gangen så reiste mor seg opp, og da geleidet hun [personalet] tilbake til skjermen og sa sånt se her nå snakker [informantens navn] med deg» - F4

Selv om personalet var til stor hjelp, var det heller ikke uproblematisk å be personalet om bistand;

«Vi holdt aldri på så lenge, når vi er på besøk der borte så er det jo kanskje en halvtime til en time, men så lenge satt vi aldri med dette. Fordi når vi holdt på så måtte personalet være der hele tiden, de måtte holde skjermen og styre det tekniske, så de satt jo litt opptatt kan du si» - F2

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil forfatteren presentere hovedresultatene av analysen og trekke frem noen av hovedresultatene fra kapittel 4 og diskutere disse i lys av det teoretiske grunnlaget fra kapittel 2.

5.1 Hovedfunn

Problemstillingen til denne oppgaven er; *hvordan erfarer pårørende bruk av videokommunikasjon mellom seg og sitt familiemedlem på sykehjem?* Analysen identifiserte tre hovedtema; «det er et positivt tilskudd», «det var en tung samtale» og «det er ikke enkelt for dem». Resultatene tyder på at VK bidro til å opprettholde sosial kontakt mellom de pårørende og familiemedlemmet på sykehjemmet sett i lys av besøksforbudet. Samtidig hadde VK sine klare begrensinger og videosamtalen kunne oppleves som krevende for de pårørende. De pårørende opplevde også at familiemedlemmet var lite kjent med VK og behøvde assistanse og veiledning fra personalet.

5.1.1 VK gjør det mulig å bruke flere semiotiske ressurser

Det å være i jevnlig kontakt med sine nærmeste er en verdi de aller fleste av oss setter høyt, og dette blir særlig viktig når sykdom begrenser evnen til selv å ta kontakt. Denne studien tyder på, i likhet med Alnes et al. (2019), at videokommunikasjon bidrar til å opprettholde sosial kontakt, og at dette gjaldt både under besøksforbudet og når de pårørende var bortreist.

Funnene i denne studien peker også på at VK kan, etter MRT, betegnes som et rikt kommunikasjonsverktøy. Resultatene tyder på at muligheten til å høre stemmen og observere kroppsspråket gjør at samtalen oppleves som givende, i samsvar med Trevino et al. (1987). Resultatene tyder også på at VK, i motsetning til telefon, var gunstig fordi det ga senderen av budskapet mulighet til å bruke flere semiotiske ressurser, det vil si uttrykk som vi er i stand til å produsere mening igjennom (Schwebs og Østbye, 2013). I denne studien viste det seg for eksempel at det å både høre stemmen og se hverandre ansikt-til-ansikt gjorde det lettere for familiemedlemmet med kognitiv svikt å gjenkjenne sine pårørende. En effekt av dette ble at familiemedlemmet virket mer engasjert i å føre en samtale. Dette taler for at VK og dens multimodalitet er gunstig når man har vanskelig for å tolke enkelte typer tegn som f.eks. verbalspråk isolert. Videre har kroppsspråket mye å si for formidlingen av budskapet, eller inntrykket en har av en person, og ifølge Steiro (2006) lar vi oss bevisst og ubevisst påvirke av non-verbal kommunikasjon. Dette kom blant annet til uttrykk ved at de pårørende opplevde at video og lyd bidro til å danne et helhetlig bilde av hvordan familiemedlemmet

hadde det. Dette samsvarer også med Sävenstedt et al. (2003) som fant at video-telefon bidro å gjøre det lettere, til sammenligning med kun telefon, å tolke familiemedlemmets følelser og velvære.

Ifølge Alnes et al. (2019) kan VK forstås som et aktivitetstilbud for sykehjemsbeboere fordi man kan gjennom VK dele minner og opplevelser med sine pårørende, noe som også var tilfelle i denne studien. Samtidig kom det frem at for et slikt kommunikasjonsformål hadde VK sine begrensinger. Funnene i studien antyder at den manglende fysiske tilstedeværelsen gjorde det vanskelig for de pårørende å komme på samtaleemner. Samtaleemner handlet normalt gjerne om ting som var i rommet, som for eksempel familiebilder, og når man ikke kunne vise frem disse ble det også vanskelig å dele minne og opplevelser. Den manglende fysiske tilstedeværelsen gjorde det også vanskelig å prate om emosjonelle tema, noe som bidro til en usikkerhet om hvorvidt videosamtalen var givende for familiemedlemmet.

5.1.2 Samtalen preges av enveiskommunikasjon

Effekten av kommunikasjon, ifølge lineær kommunikasjonsteori, kan måles etter om mottakeren forstår budskapet og deretter bytter til senderrollen (Schwebes og Østbye, 2007). Resultatene fra denne studien fant at effekten av VK var liten og at det var de pårørende som i all hovedsak måtte ha senderrollen. Funnene pekte også på at den manglende byttingen av mottaker- og senderrollen gjorde at samtalen opplevdes som krevende for de pårørende.

At samtalen var preget av enveiskommunikasjon kan ses i lys av semiotisk kommunikasjonsteori som sier at mottakeren, i sin tolkning av et budskap, alltid vil inkludere en del av seg selv og sine personlige- og kulturelle erfaringer (Schwebs & Østbye, 2013). At de pårørende hadde andre personlige og kulturelle erfaringer med artefakter som Internett og nettbrett kan være noe av forklaringen for hvorfor de opplevde VK som et enkelt og positivt kommunikasjonsverktøy, men var usikre på om det også opplevdes slik for familiemedlemmet. Selv om kognitiv svikt kan gjøre det vanskelig å tilegne seg kunnskap om VK, tyder resultatene også på at familiemedlemmets manglende personlige- og kulturelle erfaringer med VK og nettbrett også kunne påvirke deres motivasjon. Eksemplifisert da et familiemedlem trodde at videosamtalen foregikk gjennom et fjernsyn. Dette samsvarer med Loeng et al. (2019), som sier at våre tidligere sosiale erfaringer og personlige forutsetninger i form av kunnskap og forståelse har en påvirkning for hvordan vi føler ovenfor ulike artefakter og hvor motivert vi er for å bruke dem. Videre mener Frantzen and Schofield (2013) at artefakter er knyttet til en sosial praksis. Sett i lys av hvordan skjermmedier, som

fjernsynet, har utviklet seg fra å være et medium man ikke interagerer med, til å nå være noe man kan interagere med og bruke til sosial kontakt, kan dette være noe av bakgrunnen for at familiemedlemmet ikke var like fortrolige med å bruke VK. Selv om VK, ifølge MRT, er et «rikt»-medium tyder denne studien på at «medierikhet» ikke kan vurderes helt objektivt og at man må ta høyde for brukerens innstillinger og erfaringer. Dette er viktig å ta i betraktning når kommunene skal utvikle tilrettelagte tilbud for sykehjemsbeboere (Eide & Aadland, 2008).

Resultatene av denne studien, i likhet med Sävenstedt et al. (2003), tyder også på at den manglende forståelsen for VK og nettbrett gjorde familiemedlemmet avhengige av personalet. I likhet med Sävenstedt et al. (2003) tyder resultatene på at videosamtalene fungerte bedre når personalet kunne veilede familiemedlemmet. Videre fant Alnes et al. (2019) at personalets manglende digitale ferdigheter og kunnskaper fungerte som en barriere for VK. Resultatene fra denne studien tydet også at det var noen utfordringer tilknyttet personalets digitale kompetanse, men ikke at det var til noe hinder. Resultatene av denne studien peker derimot på at når personalet må bistå familiemedlemmet, kunne dette være et hinder fordi de pårørende opplevde at de oppholdt dem i fra å gjøre andre arbeidsoppgaver.

6 Konklusjonen av studien og dens styrker og svakheter

Resultatene av denne studien peker på at VK er et enkelt og nyttig kommunikasjonsverktøy som kan bidra til å opprettholde sosial kontakt mellom pårørende og sykehjemsbeboere. Resultatene i studien tyder derimot på at VK har sine begrensinger og at samtalen kan bli preget av enveiskommunikasjon og være krevende for de pårørende. Funnene i denne studien peker også på at sykehjemsbeboere med kognitiv svikt har et behov for veiledning og assistanse av personalet under videosamtalene.

En generell svakhet med denne studien er at datamaterialet er kun blitt analysert av hovedforfatteren, som beskrevet i kapittel 3.2., noe som svekker studiens validitet og reliabilitet. En annen svakhet kan knyttes til at de pårørende opplevde at familiemedlemmets kognitive svikt påvirket deres evne for å bruke VK. Dette gjør at resultatene i studien ikke blir like overførbar til eldre sykehjemsbeboere uten kognitiv svikt. Samtidig kan det også være en styrke fordi det danner et grunnlag for å si noe om hvordan pårørende opplever å bruke VK med familiemedlemmer som har kognitiv svikt.

En annen styrke er studiens aktualitet og bidrag til manglende forskning for bruk av VK mellom pårørende og sykehjemsbeboere i Norge. Videre forskning bør inkludere hvordan sykehjemsbeboere opplever å bruke VK, i tillegg bør helsepersonell også inkluderes da denne studien peker på at de kan spille en viktig rolle for støtte og veiledning til sykehjemsbeboere med kognitiv svikt.

Kilder

- Alnes, R. E., Berg, H., Krøvel, B., & Blindheim, K. (2019). Du har på en måte hatt besøk, vet du! *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(02), 1-9.
- Arentz-Hansen, E. H., Giske, L., Nilsen, E. M., & Jor, S. (2020). Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging-videokonsultasjon (sanntid). Mini-metodvurdering.
- Berg, H., Zanaboni, P., & Alnes, R. E. (2017). Bruk av videokommunikasjon i hverdagsrehabilitering–utprøving og erfaring.
- Bolter, J. D., Grusin, R., & Grusin, R. A. (2000). *Remediation: Understanding new media*. mit Press.
- Clarke, V., & Braun, V. (2014). Thematic analysis. In *Encyclopedia of critical psychology* (pp. 1947-1952). Springer.
- Dennis, A. R., Valacich, J. S., Speier, C., & Morris, M. G. (1998). Beyond media richness: An empirical test of media synchronicity theory. Proceedings of the Thirty-First Hawaii International Conference on System Sciences,
- Eide, T., & Aadland, E. (2008). *Etikkhåndboka: for kommunenes helse-og omsorgstjenester*. Kommuneforlaget.
- Eide, T., & Eide, H. (2005). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Fiske, J. (2010). *Introduction to communication studies*. Routledge.
- Frantzen, V., & Schofield, D. (2013). Artefakter i nye læringsmiljø. I Ragnheidur Karlsdottir & Ingunn Hybertsen Lysø (red.): *Læring–utvikling–læringsmiljø ø. Trondheim: Akademika*, 327-346.
- Helsedirektoratet. (2021). *Koronavirus- beslutninger og anbefalinger* Retrieved 05.03.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/tiltak-for-a-motvirke-sosial-isolering-i-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- Hjarvard, S. (2009). Samfundets medialisering. *En teori om mediernes forandring af samfund og kultur, I: Nordicom-Information*, 31, 5-35.
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, S., & Bakkevold, P.-A. (2017). Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi. *Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning*, 1-43.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.). *Oslo: Gyldendal akademisk*.
- Loeng, S., Mørkved, B. P., & Solli Isachsen, B. (2019). Artefakter og den erfarte læreplan som pedagogiske verktøy i undervisning og læring., 201-213.
- Løvland, A. (2006). *Samansette elevtekstar : klasserommet som arena for multimodal tekstskapning* Høgskolen i Agder, Fakultet for humanistiske fag]. Kristiansand.
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning--en innføring, 2. utg. *Nordic Journal of Nursing Research*, 23(2), 50.
- Metliaas, I., Mørk, P., & Nasjonalt senter for skriveopplæring og, s. (2015). *Multimodalitet : samspillet mellom tekst, bilde og lyd*. Nasjonalt senter for skriveopplæring og skriveforskning.
- Nøhr, Ø. N. (2006). *De kompetente eldre : aldring og digital kompetanse - konflikt eller lykke?* (Vol. nr 128/2006). Høgskolen i Lillehammer.

- Robert, L. P., & Dennis, A. R. (2005). Paradox of richness: A cognitive model of media choice. *IEEE transactions on professional communication*, 48(1), 10-21.
- Sävenstedt, S., Brulin, C., & Sandman, P.-O. (2003). Family members' narrated experiences of communicating via video-phone with patients with dementia staying at a nursing home. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(4), 216-220.
- Schwebs, T., & Østbye, H. (2013). Media i samfunnet (6. utg.). *Oslo: Det norske samlaget*.
- Slette-meås, D., Mainsah, H., & Berg, L. (2018). Eldres digitale hverdag. En landsdekkende undersøkelse om tilgang, mestring og utfordringer i informasjonssamfunnet.
- Steiro, T. (2006). *Bedre kommunikasjon! : praktiske teknikker og konkrete eksempler for effektiv kommunikasjon*. Læringsforl.
- Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(03), 287-297.
- Trevino, L. K., Lengel, R. H., & Daft, R. L. (1987). Media symbolism, media richness, and media choice in organizations: A symbolic interactionist perspective. *Communication research*, 14(5), 553-574.
- Tsai, H. H., & Tsai, Y. F. (2010). Older nursing home residents' experiences with videoconferencing to communicate with family members. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1538-1543.
- Welsh, E. (2002). Dealing with data: Using NVivo in the qualitative data analysis process. *Forum qualitative sozialforschung/Forum: qualitative social research*,
- Zamir, S., Hennessy, C. H., Taylor, A. H., & Jones, R. B. (2018). Video-calls to reduce loneliness and social isolation within care environments for older people: an implementation study using collaborative action research. *BMC geriatrics*, 18(1), 1-13.

Appendiks

1 Intervjuguide

Intervjuguide- studie om bruk av videokommunikasjon mellom pårørende og familiemedlem på sykehjem Hanne Grønnestad, våren 2021

- Deltakere vil innledningsvis blir informert om formålet med studien og sine rettigheter ved å påminne informantene at de kan når som helst trekke seg uten å oppgi noen grunn, at alle personopplysninger vil bli anonymisert, og at lyd-opptak og personopplysninger slettes etter studien.
- Si at varigheten av intervjuet er rundt 30 min.

Opplysninger:

- 1) Alder til informanten
- 2) Alder og relasjon til familiemedlem på sykehjem

Spørsmål:

Hvordan var det å ta i bruk videokommunikasjon for å snakke med ditt familiemedlem på sykehjem?

- Møtte du på noen utfordringer?
- Opplevde du noen fordeler med å bruke VK?
- Har du tidligere erfaring med VK?
- Har ditt familiemedlem tidligere erfaring med VK?

Hvordan er/var en typisk videosamtale mellom deg og ditt familiemedlem?

- Hvordan oppleves samtalen i forhold til når dere møtes fysisk?

Hvordan oppleves det å bruke videokommunikasjon for deg?

- Til hvilken grad veier det opp for fysiske møter?

Har du noen tanker om hvordan kommunikasjonsverktøyet kunne ha blitt forbedret?

- Farge, lyd, bildet.

Oppsummering av intervjuet

- Er det noe du ønsker å legge til i dette intervjuet, noe som jeg ikke har spurt om, mens som du synes er relevant?
- Er det noe du ønsker å trekke fra intervjuet?
- Hvordan synes du det var å bli intervjuet?

2 Invitasjon til studie

Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet- «Bruk av videokommunikasjon på sykehjem- mellom pårørende og familiemedlemmer bosatt på sykehjem»

Hensikt: Dette er et spørsmål til deg som er pårørende til et familiemedlem som bor på sykehjem om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om bruk av videokommunikasjon mellom pårørende og familiemedlem på sykehjem i Norge.

Bakgrunn: Selv om videokommunikasjon (VK) har blitt en naturlig måte å kommunisere på for folk flest, er det også en form for teknologi og kommunikasjonsform som ikke er like kjent for alle. Etter korona-pandemien har sykehjem over hele landet tatt i bruk VK, men det er gjort lite forskning på hvordan pårørende opplever å måtte ta i bruk dette kommunikasjonsverktøyet, denne studien ønsker derfor å belyse pårørendes opplevelse og erfaringer med videokommunikasjon for å komme i kontakt med sitt familiemedlem på sykehjem.

Ansvarlige for forskningsprosjektet: Bachelorstudent i medievitenskap Hanne Grønnestad ved institutt for kunst- og medievitenskap og veileder Daniel Schofield ved fakultetet for samfunns- og utdanningsvitenskap.

Hvorfor får du spørsmål om å delta: Jeg ønsker å komme i kontakt med deg for å lære mer om dine erfaringer med å bruke videokommunikasjon med ditt familiemedlem på sykehjem.

For å delta i studien må du være:

- Over 18 år.
- Ha brukt videokommunikasjon, tilbudt av sykehjemmet i forbindelse med besøksforbudet, for å komme i kontakt med sitt familiemedlem minst tre ganger. Om

du har brukt videokommunikasjon færre ganger kan du allikevel være aktuell til å delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta? Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg spør deg om;

- Din alder
- Opplysninger om ditt familiemedlems alder og din relasjon.
- At du deltar på et intervju hvor jeg stiller spørsmål om dine erfaringer med videokommunikasjon i forbindelse med sitt familiemedlem på sykehjem.
- Intervjuet vil vare i rundt 30 min
- Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk, enten kun med lyd eller video og lyd.

Tidsramme: februar 2021- mars 2021. **Sted:** Videosamtale på Internett (du vil få tilsendt en Zoom-link) eller fysisk møte etter avtale (i henhold til gjeldende smittevernregler).

Det er frivillig å delta: Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn, og alle opplysninger om deg vil bli slettet. Om du ønsker å delta vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg, Hanne Grønnestad, vil behandle opplysningene konfidensielt og har taushetsplikt, og i samsvar med personvernregelverket, og vil jeg bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette arbeidet.

- Det er kun jeg, Hanne Grønnestad og min veileder, Daniel Schofield som vil ha tilgang til informasjonen gitt i intervjuet og lydopptakene.
- Datamaterialet vil bli lagret på en ekstern server og bli kryptert.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene (navn og kontaktopplysninger) vil disse erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, slik at deltakere ikke vil bli gjenkjent i en publikasjon.
- Utvalgte sitater vil bli anonymisert, f.eks. sitat fra «Kari Nordmann» vil bli kodet til F1.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alle lydopptak og personopplysninger vil bli kryptert og lagret på en ekstern server, dvs. at datamaterialet anonymiseres, og ved prosjektslutt vil alle anonymiserte intervjutranskripsjoner og annet datamateriale slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Ønsker du å delta i studien eller har spørsmål, ta kontakt med Hanne Grønnestad, NTNU. Tlf: 48027370/ hagronn@stud.ntnu.no

Ønsker du å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Vårt personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen, Tlf: 93079038.

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

Hovedveileder: Daniel Schofield, NTNU. Tlf: 930 400 95/ daniel.schofield@ntnu.no

Med vennlig hilsen

Hanne Grønnestad,

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [Bruk av videokommunikasjon på sykehjem- mellom pårørende og familiemedlemmer bosatt på sykehjem] og har fått anledning til å stille eventuelle spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av deltaker, dato)

(Signert av intervjuer, dato)

3 Godkjenning NSD

Melding

17.02.2021 10:26

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

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 17.02.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i øvre venstre hjørne av meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til juli 2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

