

Fagartikkel

Bruk av videokommunikasjon i hverdagsrehabilitering – utprøving og erfaring

Universitetslektor/Phd-stipendiat Helen Berg Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet i Ålesund, Institutt for helsevitenskap og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Møre og Romsdal. Epost: helen.berg@ntnu.no

Forsker Paolo Zanaboni Nasjonalt senter for e-helseforskning, Universitetssykehuset Nord-Norge. Epost: paolo.zanaboni@ehealthresearch.no

Førsteamanuensis Rigmor Einang Alnes Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet og Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge. Epost: rigmor.e.alnes@ntnu.no

Sammendrag

Bakgrunn for denne pilotstudien er nasjonale føringer om satsing på hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Hensikten var å få kunnskap om hvilke erfaringer bruker og fagpersonale fikk ved innføring av videokommunikasjon i hverdagsrehabilitering. Pilotstudien har et kvalitativt eksplorativt design. Videokommunikasjon ble prøvd ut hos to brukere, fire ganger hos den ene brukeren og én gang hos den andre. Brukere, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier ble intervjuet om sine erfaringer. I tillegg ble data samlet inn ved hjelp av feltnotater. Resultatene kan deles inn i tre områder: 1) nytten av videokommunikasjon, 2) tekniske utfordringer, og 3) suksesskriterier. Både bruker og helsepersonell mente at videokommunikasjon var nyttig fordi det ga alle fagpersoner som var involvert med samme bruker større mulighet for tverrfaglig samhandling. At bruker og sykepleier sammen fikk tilbakemelding fra fysioterapeut via videokommunikasjon under selve øvelsene var med på å kvalitetssikre at øvelsene ble utført riktig. Konklusjon: Det kan se ut til at VK kan åpne opp for økt tverrfaglighet og samhandling som kan kvalitetssikre spesifikke tiltak. Utfordringer med teknologien, som vansker med oppkopling, tilgang og bredbåndsbredde gjør imidlertid at det i dag ikke kan anbefales å ta i bruk mobil VK i hverdagsrehabilitering. Det er behov for tydelige prosedyrer som ivaretar både brukere og helsepersonell i bruken av videokommunikasjon i hverdagsrehabilitering, og det er behov for samarbeid og støtte fra kommunens IT-tjeneste.

Bakgrunn

Statlige føringer er tydelige på at kommunene må ta i bruk velferdsteknologi som ett av flere tiltak for å løse de fremtidige offentlige helse- og omsorgsoppgavene (Helsedirektoratet, 2012; NOU, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, 2012-2013, 2014-2015). I

Helsedirektoratets tiltaksplan om elektronisk samhandling er videokommunikasjon (VK) et innsatsområde. VK har vært brukt i flere år som verktøy for elektronisk kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten, spesielt for levering av telemedisinske tjenester i sykehusene (Zanaboni & Wootton, 2014). Likevel er ikke VK blitt en etablert arbeidsmåte i helsevesenet per i dag (Kirchhoff & Berg, 2016). I den kommunale helsetjenesten er bruken av VK svært begrenset sett i forhold til antall møter ansikt-til-ansikt. VK har et potensiale til å kunne styrke samhandling på tvers av fagområder og virksomheter og øke tilgjengelighet innen de kommunale helsetjenestene. Man kan tilby helsetjenester som krever tverrfaglig samhandling med ulike profesjoner i møte med bruker uavhengig av avstand, som for eksempel ved oppfølging og samarbeid omkring hverdagsrehabilitering.

I 2012 startet det nasjonale samarbeidsprosjektet «Hverdagsrehabilitering i Norge» (Tuntland & Ness, 2014). I Norge er det nå nærmere 200 kommuner som gjennomfører hverdagsrehabilitering (Ness, 2016). I den norske litteraturen legges det vekt på at hverdagsrehabilitering skal kjennetegnes ved tidlig og intensiv innsats i en avgrenset periode, at tiltakene skal være tverrfaglige, og at tiltak skal ta utgangspunkt i brukerens egne ønsker for å styrke funksjonsnivå og mestring av daglige aktiviteter i brukerens hjem/nærmiljø (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjekken, 2015; Høverstad & Fürst, 2014; Tuntland & Ness, 2014; NOU, 2011).

Studier viser at personene som mottar hverdagsrehabilitering oppnår en forbedring i motsetning til dem som mottar vanlige omsorgstjenester (Tuntland et al., 2015). En del betingelser må likevel være til stede for at hverdagsrehabilitering skal fungere optimalt: forankring i kommunens ledelse, ressurstildeling, kompetanse, kulturendring og tverrfaglig samordnet innsats (Høverstad & Fürst, 2014). Hverdagsrehabiliteringen er derfor avhengig av at kompetansen fra både fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut kommer i spill med hverandre, og slik tilfører brukeren det beste tilbudet. For å få til dette er tverrfaglige møteplasser helt nødvendig. En slik møteplass er som oftest brukerens hjem, men dette krever god samordning og ressurser brukt til reise. En har derfor stilt seg spørsmål om VK mellom fysioterapeut/ergoterapeut, sykepleier og bruker kan være hensiktsmessig for å lette tilgangen til tverrfaglige møteplasser.

I siste halvdel av 2014 fikk Ålesund kommune innvilget VRI-midler (Virkemidler for regional FoU og innovasjon) for å bygge kunnskap om mobil VK i helse- og

omsorgstjenesten. I første del av denne kunnskapsinnhenting ble det gjennomført en «scoping» litteraturstudie (Arksey & O'Malley, 2005) for å oppsummere forskning innen området (Kirchhoff & Berg, 2016). Litteraturstudien viste at eldre brukere (≥ 67 år) i hovedsak er tilfredse med hjemmebaserte rehabiliteringstjenester der VK-teknologi brukes. Brukerne er tilfredse fordi de opplever mestring ved å benytte seg av teknologi, de opplever at tjenesten de mottar er spesielt tilrettelagt for dem, de opplever at det blir enkelt når de slipper å forlate hjemmet for å trene, og de synes det er sosialt å kommunisere via VK (Kirchhoff & Berg, 2016).

Videokommunikasjon i rehabilitering er i liten grad gjennomført i Norge, og VK med mobile enheter er også i liten grad gjennomført i de landene som har drevet hverdagsrehabilitering (Kirchhoff & Berg, 2016). Neste ledd i kunnskapsinnhenting ble derfor en pilotstudie hvor VK i hverdagsrehabilitering ble utprøvd, og der data har vært samlet inn underveis i prosessen.

Hensikten med denne pilotstudien var å søke innsikt i om VK kan bidra til å styrke det tverrfaglige samarbeidet i tjenesten hverdagsrehabilitering, og å synliggjøre eventuelle gevinster og problemstillinger for de ulike aktørene som er involvert i tjenesten hverdagsrehabilitering når VK tas i bruk. Det var også et poeng å synliggjøre eventuelle tekniske utfordringer.

Vi hadde tre spørsmål:

- Hvilke tekniske problemstillinger, på system- og individnivå, kan oppstå når man skal ta i bruk VK i hverdagsrehabilitering?
- Hvilke erfaringer gjør helsepersonell seg når de bruker VK?
- Hvordan opplever brukeren at personalet benytter VK som tverrfaglig støtte i hverdagsrehabilitering?

Metode

Pilotstudien har et kvalitativt eksplorativt design. Oppmerksomhet i studien er rettet mot læring og utvikling av en tjeneste og er basert på en intervensjon der videokommunikasjon har blitt utprøvd. Data er samlet inn i en sone i hjemmetjenesten i Ålesund kommune gjennom intervju, observasjon og feltnotater. Studien er godkjent i NSD.

Intervensjon

Teknologitilpasning, tilpasning av nettbrett og installering av aktuell programvare var gjort gjennom ALV-Møre og Romsdal (Arena for Læring om Velferdsteknologi) i samarbeid med Atea A/S i Ålesund. Atea A/S monterte opp servere og demonstrasjonsmoduler for Cisco Jabber i ALV-Møre og Romsdal sine lokaler ved NTNU Ålesund. Det ble benyttet Samsung nettbrett med SIM-kort som kommunikasjonsplattform. Nettbrettene ble koblet opp mot Ålesund kommune sin Internet Protocol – Virtual Private Network (IP-VPN)., Her ble det brukt TDC (Totalleverandør av kommunikasjonsløsninger til bedriftsmarkedet i Norge) sin Secure Mobil (Terminaluavhengig abonnement).

I forkant av utprøvingen hjemme hos bruker ble hverdagsrehabiliteringsteamet, som bestod av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, introdusert for Samsung nettbrett og appen til Cisco Jabber. Det var prosjektleder som hadde opplæring med hver av dem, der de fikk prøve ut disse hjelpemidlene og stille spørsmål.

Utprøvingen hjemme hos bruker har blitt gjennomført på følgende måte:

1. Hverdagsrehabiliteringsteamet utarbeidet et treningsprogram sammen med bruker etter vanlig prosedyre for tjenesten. Treningsprogrammet besto av fysiske balanse- og styrkeøvelser der bruker sto på gulvet og holdt seg i kjøkkenbenken eller i en stol. Den ene av de to brukerne hadde også trappetrening (gå opp og ned trappen).
2. Bruker ble introdusert for VK via nettbrett av prosjektleder og sykepleier dagen etter at teamet hadde utarbeidet treningsprogrammet sammen med brukeren, altså første treningsdag.
3. Bruker og sykepleier ble veiledet i gjennomføringen av treningsprogrammet av ergoterapeut og fysioterapeut via VK én gang per uke i fire uker.
4. Etter to uker foretok hverdagsrehabiliteringsteamet en midtevaluering av effekten av treningsprogrammet og gjorde justeringer.
5. Etter fire uker foretok hverdagsrehabiliteringsteamet en sluttevaluering av effekten av treningsprogrammet.

Utprøvingen varte i tre måneder, fra september og ut november 2015.

Utvalg

De to brukerne som ble forespurt om å være med i utprøvingen av VK i hverdagsrehabilitering var samtykkekompetente og kognitivt velfungerende. De hadde interesse for å prøve ut teknologi og følte seg robuste nok til å være med i en utprøving. Disse vurderingene ble gjort av hverdagsrehabiliteringsteamet, som også er en del av utvalget her. Dette bestod av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier med mer enn ett års erfaring med metoden hverdagsrehabilitering.

Den ene brukeren var en sprek dame på 86 år som var enke og bodde i tilrettelagt omsorgsbolig. Inga hadde fått tildelt tjenesten hverdagsrehabilitering fra kommunen etter en seniordans der hun fikk en alvorlig skade i kneskålen. Hun hadde trent en del på egen hånd før hun fikk hverdagsrehabilitering, men trengte fortsatt hjelp til dusjing, og følte seg utrygg på grunn av dårlig balanse. Inga syntes det var spennende at det ble prøvd ut VK hjemme hos henne i hverdagsrehabiliteringsperioden, men hun sa klart fra at hun kunne ingenting om teknologi. Hjemme hos henne ble VK prøvd ut fire ganger.

Den andre var en 82 år gammel dame som var plaget av vond rygg og ble sittende stille hjemme i leiligheten på grunn av dette. Hun opplevde å bli svakere i musklene på grunn av inaktivitet. Egentlig var hun en dame som likte å gå ut og treffe folk, men det følte hun seg ikke sprek nok til lenger. Hjemmetjenesten var innom på tilsyn og hjalp henne med dusjing og tilberedning av mat. Hun hadde fått tildelt tjenesten hverdagsrehabilitering fra kommunen, og hun håpet å komme seg litt mer ut. Hun sa det var greit at det ble prøvd ut VK hjemme hos henne i hverdagsrehabiliteringsperioden så lenge ingenting teknisk ble forventet av henne. Hjemme hos henne ble VK prøvd ut én gang.

Datainnsamling og dataanalyse

Det ble gjort fire intervjuer basert på en intervjuguide. Én bruker, én sykepleie, én fysioterapeut og én ergoterapeut deltok. Den ene av brukerne ble ikke intervjuet da utprøvingen feilet på grunn av tekniske problemer, og brukeren fikk derfor ingen reell opplevelse av å bruke VK. Hvert intervju varte fra 10 til 30 minutter. Intervjuene ble gjennomført av prosjektleder.

Prosjektleder tok feltnotater basert på observasjoner i ni situasjoner etter struktur fra intervju- og observasjonsguiden (se Tekstboks 1).

Tekstboks 1 Intervju- og observasjonsguide

Observasjoner:

- Teknologi og rom plassering
 - Lyd og støy
 - Lys
 - Bildekvalitet
 - Nettverkskapasitet
 - Brukergrensesnitt
- Bruker
 - Virker kamera forstyrrende?
 - Hvordan påvirker/takler bruker videokommunikasjonen med ergoterapeut og fysioterapeut, og hvordan ser det ut til av bruker takler at sykepleier som er sammen med bruker kommuniserer med ergoterapeut og fysioterapeut via videokommunikasjon? Trekant kommunikasjon.
- Sykepleier
 - Hvordan påvirker/takler sykepleieren, som er hjemme hos og sammen med bruker, videokommunikasjon med fysioterapeut og/eller ergoterapeut som veiledere?
- Ergoterapeut
 - Hvordan takler ergoterapeut å kommunisere med bruker og sykepleier via videokommunikasjon?
- Fysioterapeut
 - Hvordan takler fysioterapeut å kommunisere med bruker og sykepleier via videokommunikasjon?

- Hvordan blir det dersom både fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier/bruker er på nett samtidig?

Personlige intervju:

Helsepersonell:

- Hvordan oppleves teknologien
- Hvordan oppleves kommunikasjonen
- Hvordan påvirker dette arbeidshverdagen

Bruker:

- Hvordan oppleves det å ha veiledning fra fysioterapeut og/eller ergoterapeut via videokommunikasjon?
- Bakgrunn for bruker
 - Interesse for bruk av teknologi?
 - Hva bruker han/hun av teknologi i dag?
 - Hva synes du om velferdsteknologi?
- Forventninger før og etter.

Feltnotatene ble skrevet rett etter at situasjonen var avsluttet, og det var knyttet refleksjoner til observasjonene. Observasjonene og refleksjonene ble sendt til alle aktørene som var med i piloten for innspill og for læring. Feltnotatene inneholdte også en hendelseslogg som omhandlet både tekniske og menneskelige utfordringer underveis. Loggnotatene ble delt fortløpende med alle partene for innspill og læring.

Det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse av de innsamlede dataene (Schreier, 2012). Alle intervjuer var gjort med lydopptaker og senere transkribert i fulltekst. Observasjoner ble notert i fulltekst etter dato, og loggføringer ble notert i fulltekst etter dato for hendelser. Alle data ble lest i fulltekst av første- og andreforfatter, som deretter analyserte hver for seg, diskuterte og kom fram til en felles forståelse av innholdet.

Resultater

Gjennom analysene kom vi fram til at resultatene kunne deles inn i tre hovedområder: 1) VK er nyttig, men må tilpasses, 2) tekniske utfordringer med nettbrett og nettilgang, og 3) suksesskriterier.

Videokommunikasjon er nyttig, men må tilpasses

Alle de involverte i utprøvingen så nytten av VK som støtte i hverdagsrehabilitering. Begge brukerne var positive, og en av dem uttalte at: «*Det blir sikkert veldig greit når dette kommer, det blir greit å ha det sånn*», og poengterte at «*Det er fint å få et tilpassa program, og at noen korrigerer*». Fagpersonene uttalte at oppfølging med lyd og bilde var med på å kvalitetssikre at øvelsene som brukerne skulle gjennomføre ble utført korrekt. Et eksempel som kom fram i intervjuene var at en av brukerne hadde fått feil instruksjon fra pleier, og slik overbelastet en fot og dermed fikk smerter og ubehag. Gjennom bruk av VK ble dette oppdaget og korrigert. Dette var et eksempel på hva som kan unngås om fysioterapeut kunne fulgt opp tettere via VK.

En av brukerne var tydelig på at det var viktig at fysioterapeuten kunne se henne når hun gjorde øvelsen: «*Han fikk se meg i selve situasjonen*». Hun mente at sykepleiere og andre pleiere ikke satte de samme kravene til henne. Hun syntes det var fint at fysioterapeuten hindret henne i å gjøre feil: «*Han så at jeg fjusket, jeg oppdaget det ikke selv*». På spørsmål om treningen ble gjort likt hver gang, svarte bruker: «*Det spørres hvem som kom, det var litt ymse (forskjellig)*». Brukeren kommenterte videre at hun tenkte at VK var interessant, og at dette var noe de burde fortsette med da hun mente at hun fikk bedre instruksjon når fysioterapeuten instruerte øvelsen enn når pleierne gjorde det.

Sykepleieren opplevde det som nyttig, da det ble økt tilgjengelighet for kontakt med fysioterapeut og ergoterapeut med bruk av VK. Sykepleieren fremhevet at det å forstå hvordan øvelsene skal gjøres var svært viktig: «*Vi fikk jobba litt med teknikken, og det har mye å si for utbyttet av treninga*». VK kan slik være med på å kvalitetssikre treningsopplegget, og at det kan redusere behovet for fysiske møter. Sykepleieren poengterte at «*...det (VK) er jo en kjemperessurs om vi kunne brukt det*».

På samme tid kom det fram at VK som støtte ikke kunne brukes i alle sammenhenger. Sykepleieren erfarte at det for eksempel i trappetrening ble for komplisert å holde nettbrettet

samtidig som man skulle bevege seg og sikre brukeren. Slik ble det også vanskelig for fysioterapeut/ergoterapeut å få et godt bilde av situasjonen. Fagpersonalet så for seg at det kan være utfordrende å veilede mer komplekse øvelser slik som i en dusjsituasjon, påkledning, stå opp av sengen og matlaging. Her må man være tett på og se, sikre og veilede «hands on», mente de. VK ble ikke testet i slike situasjoner i denne pilotstudien.

Tekniske utfordringer

Gjennom intervjuene kom det fram at fagpersonene mente at brukergrensesnittet var enkelt å håndtere. Gjennom observasjoner og kommentarer fra brukerne kom det likevel fram at fagpersonalet strevde litt. En av dem uttalte: «*Det var visst ikke så lett å få det til for dere*». Prosjektlederen som observerte fra sidelinjen så at personalet hadde noen problemer med å koble seg på både nettbrettet og Cisco Jabber-appen. Det var litt uklart hvilket symbol man skulle trykke på, og i hvilket bilde man skulle stå når man foretok et anrop. At samtalen falt ut flere ganger under gjennomgangen av treningsopplegget ble ikke nevnt av noen av fagpersonene i intervjuene. At lyd og bilde fungerte godt skjedde bare under én av utprøvingene i løpet av testperioden. Dårlig nettdekning så ut til å være ødeleggende for samtalen og samarbeidet, og det virket som om det ble vanskelig for fagpersonene å stole på VK som et reelt tiltak å sette inn i tjenesten.

Et av spørsmålene som ble stilt var om fagpersonalet mente at VK via mobiltelefon kunne fungere. Dette var det delte meninger om, to mente at det ville fungere greit, og én mente det kunne bli vanskelig å få et godt nok bilde på en liten mobilskjerm.

Fagpersonene sa at det opplevdes som stressende når teknologien ikke virket. Fokuset ble dratt vekk fra brukeren, og det gikk bort verdifull tid både for fagpersonalet og brukerne. Sykepleieren kommenterte at «*en kaster bort mye tid når det ikke fungerer*». Fagpersonene uttalte videre at det var vanskelig å huske på å ta med ekstra nettbrett (pleier måtte ha eget nettbrett for VK fordi VK ikke kunne brukes på samme nettbrett som kommunens fagsystem, på grunn av fagsystemets normer for kommunikasjonssikkerhet), lade det opp og huske de ulike passordene både til brettet og til Cisco Jabber-appen.

Suksesskriterier

Gjennom feltnotater med påfølgende refleksjoner kom det fram at det er en del ting som må være på plass for at VK i hverdagsrehabilitering skal fungere godt. Det må være et stabilt

nettverk som sikrer god lyd og godt bilde. Det må være gode rutiner for lading av nettbrett, og det må være klare avtaler om tid og sted for VK mellom de ulike fagpersonene.

Videokommunikasjon ikke kan utføres hvor som helst. Oppkobling på nett bør skje før man går inn til brukeren, slik at oppmerksomheten og tiden brukes direkte med bruker. Det må også være lett tilgang til IT-støtte.

Det er viktig at nettbrettet blir plassert slik at det ikke er utsatt for motlys, eller at det står i en vinkel der det blir vanskelig å se hele personen for fysioterapeuten eller ergoterapeuten som skal veilede via VK: «*Man må tenke over hvor man setter padda*» (Fysioterapeut).

Støy ble også nevnt som et hinder for den som skal veilede via VK. Det kan være vanskelig å høre hva som blir sagt dersom det er mange som prater samtidig, eller dersom det er radio eller fjernsyn som står på i bakgrunnen.

Diskusjon

Data fra studien peker på viktige utfordringer når det gjelder innføring og bruk av VK i hverdagsrehabilitering. Et av forskningsspørsmålene omhandlet tekniske problemstillinger. Ut fra erfaringene i denne pilotstudien ser man at det er helt nødvendig med et tett samarbeid med IT-avdeling i kommunen og leverandør av programvare for VK for å løse utfordringer med sikkerhet og drift. Slik det fungerer per i dag er sikkerhetskravene til fagsystemet som kommunen benytter for høy til at Cisco Jabber-appen kan kjøres på samme kommunikasjonsplattform som fagsystemet.

Det er også slik at med kommunens Secure Mobile system får man verken lyd eller bilde med Cisco Jabber. Cisco Jabber er i følge leverandør i seg selv et trygt nok system til at man kan utveksle informasjon om bruker, Det bør derfor ikke være noe problem å benytte dette på en egen enhet til formålet, slik det er gjort i denne studien.

Secure Mobile, som sikrer kommunes internettlinje knyttet til informasjon om bruker, og som kommunen bruker opp mot sitt fagsystem, hadde ikke god nok båndbredde til å håndtere lyd og bilde på en stabil måte under utprøvingstidspunktet. Dersom det er stor trafikk på Secure Mobile-nettverket, blir hastigheten redusert. Dette betyr i praksis at uansett hvilket VK

program man velger, så kan ikke det kombineres på samme kommunikasjonsplattform som fagsystemet, eller på samme sikre nettverk som fagsystemet. Sikkerheten som kreves for fagsystemet er også for høy til at man kan ha vanlige internettfunksjoner på samme kommunikasjonsplattform. Dette er utfordrende for personalet som er avhengige av internett for å finne frem for eksempel mobiltelefonnummer, adresser eller annen informasjon som de har behov for i tjenesten.

Denne undersøkelsen viser at fagpersonalet opplever utfordringer med å huske å lade og ta med et ekstra nettbrett ut til bruker. Det blir fort for komplisert dersom man skal ha ett nettbrett til VK og ett til fagsystem i tillegg til telefon. I kommunen vurderer en nå om mobiltelefon med tilgang til fagsystem kan erstatte nettbrett, da nettbrett oppleves som for stort å ta med, og fordi det blir en ekstra enhet å ta med ut til bruker. Dette viser at det er behov for å kunne utføre flere tjenester fra samme kommunikasjonsplattform.

Man ønsket også å finne ut hvordan helsepersonell opplevde å bruke VK i sitt arbeid. Fagpersonene som har vært med i denne utprøvingen var unge mennesker som var vant med å benytte seg av både nettbrett, pc og mobiltelefon. Det ble ikke registrert noen motstand mot å benytte VK som støtte i arbeidet, tvert imot. Alle tre var svært positive og mente at VK ville være et godt hjelpemiddel både for å kvalitetssikre tjenesten og for å benytte ressursene bedre. Det tverrfaglige samarbeidet ville gjennom dette kunne bedres. Dette er i tråd med andre funn der VK har blitt utprøvd for opplæring og trening (Finkelstein, Lapshin, Castro, Cha, & Provance, 2008; Hay-Hansson & Eldevik, 2013; Scalvini, Zanelli, Comini, Dalla, Tomba, Troise, Febo, & Giordano, 2013). Samtidig var fagpersonene klare og tydelige på at teknologien måtte være lett å bruke, og at det er lav terskel for å legge den bort dersom ting tar for lang tid. Helsepersonell har hektiske hverdager og skal rekke over mange oppgaver i løpet av kort tid. Å kunne koble seg opp for å bruke VK må derfor gå kjapt, og det må fungere godt med både lyd og bilde.

Alle de tre fagpersonene erfarte at VK hadde sine begrensninger, men de så også andre bruksområder der VK kunne være nyttig i hverdagen, som for eksempel i kollegaveiledning. Hvis det er ting man lurer på som kan være vanskelig å forklare på telefon, kan lyd og bilde gjøre samarbeidet enklere. Man kan for eksempel spare reisetid ved at en kollega ikke trenger å komme til stedet hvor bruker er for å bistå eller gjøre vurderinger. Det kan også spare bruker for unødig venting på vurdering fra andre, eller hjelp til å finne egnede løsninger.

Ingen av de tre fagpersonene opplevde det som ubehagelig eller vanskelig å veilede eller ta imot veiledning via VK. Det som kan være problematisk er at de fleste fagpersoner er opptatt med brukere hele dagen, og at det ikke er lett å gå ifra for å ta imot en videosamtale. Det er derfor viktig at man har gode avtaler for hvordan man kan ta kontakt med hverandre gjennom VK. Utstrakt bruk av VK kan kreve en annen type organisering av tjenestene.

Det siste forskningsspørsmålet omhandlet hvordan brukeren av kommunal helse- og omsorgstjeneste opplevde at helsepersonell benyttet VK for å veilede bruker og hjemmesykepleier. Da det var kun én av brukerne som var med i studien som fikk erfaring med VK, har dette gitt oss svært begrenset erfaringsgrunnlag. Selv om denne brukeren synes det på alle måter var kjekt å være med på dette forsøket, betyr ikke det at alle vil oppleve det slik. Video og bilder i seg selv er et sterkt medium, og en må alltid være varsom og sjekke ut brukerens mening og oppfatning av dette før video tas i bruk i brukerens hjem. Hjemmet er en privat arena, og det er brukeren som bestemmer om teknisk utstyr som VK kan anvendes der.

Man kan likevel anta at kvaliteten på tjenesten hverdagsrehabilitering kan bli bedre kvalitetsikret med VK, da det muliggjør økt tverrfaglig samhandling mellom fysioterapeut, ergoterapeut og bruker sammen med sykepleier eller annet helsepersonell i hjemmet. Slik kan det sikres at øvelser utføres riktig gjennom tett tverrfaglig oppfølging i hele hverdagsrehabiliteringsperioden. I hverdagsrehabilitering er det ikke den sammen pleieren som er hjemme hos brukeren og gjennomfører treningsprogrammet hver gang. På grunn av turnus er det mange forskjellige pleiere i løpet av uken, også med ulik utdanning og kompetanse. Derfor er det viktig at det er tett oppfølging, og at brukeren får lært seg øvelsene riktig fra starten, slik eksemplet om feil treningsteknikk viste. Sykepleieren eller annet pleiepersonell har ikke de samme ferdighetene i å kvalitetssikre øvelser som en fysioterapeut.

Når det kommer til gevinster knytt til bruk av ressurser, kan en se for seg at tiden til ergo/fysioterapeuter kan bli utnyttet på en bedre måte ved at flere brukere får tilgang til deres kompetanse, og at mindre tid brukes til reise for fagpersonene.

Dersom helsepersonell klarer å introdusere teknologi som et positivt hjelpemiddel, med oppmerksomheten rettet mot bruker og ikke mot teknologien, kan VK trolig være et nyttig supplement for å kvalitetssikre hverdagsrehabiliteringen. Det er viktig å merke seg at denne

utprøvingen ble gjennomført med lette øvelser. Det kan tenkes at VK ville oppleves som ubehagelig dersom den skulle benyttes i situasjoner der brukeren var i andre situasjoner som for eksempel i senga eller på badet.

Datagrunnlaget i denne studien er begrenset, med få involverte, noe som har gjort studien sårbar på flere ulike punkt. Det ble valgt ut bare én sone i hjemmetjenesten, noe som var med å begrense utvalget av brukere som tilfredsstilte studiens inklusjonskriterier. Det var med et lite utvalg fagpersonale for å begrense omfanget av opplæring, og for å beholde kontinuitet i oppfølging av studien. Det var første utprøving av VK på mobil kommunikasjonsplattform, med de begrensninger som ligger i det kommunale Secure Mobile. Dette var også første utprøving for VK sammen med kommunens fagsystem, noe som ga uventede problemer for gjennomføringen. Det var ikke satt av egne IT-ressurser til gjennomføring av prosjektet, noe som ga utfordringer med kontinuiteten.

På tross av begrenset utprøving av VK har denne studien belyst viktige problemstillinger som har gitt nyttig læring. Dette er problemstillinger som det er nødvendig å jobbe videre med dersom VK på mobile kommunikasjonsplattformer skal kunne tas i bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Konklusjon og videre forskning og utviklingsarbeid

Selv om denne studien har et begrenset datagrunnlag, har den gitt noen svar og synliggjort noen konkrete problemstillinger for videre forskning og utviklingsarbeid på området. VK kan være med på å kvalitetssikre hverdagsrehabilitering gjennom at fagpersonenes kompetanse i større grad kan møtes, og ved at de sammen kan se og erfare og slik gi veiledning direkte inn i treningssituasjonen. Men utfordringer med teknologi, vansker med oppkopling, tilgang og bredbåndsbredde gjør at det i dag ikke kan anbefales å ta i bruk mobil VK i hverdagsrehabilitering. Det organisatoriske grunnlaget må også være til stede ved at det utvikles prosedyrer og systemer for VK på tvers av fagområder og virksomheter. Teknisk må kapasiteten på båndbredde bli bedre, og det må finnes en måte å ha både sikre og åpne systemer på samme mobile enhet. Kunnskapsområdene innen IT, sikkerhet og mobile VK-løsninger er omfattende, og for å utvikle og anvende VK i hverdagsrehabilitering er et tett samarbeid mellom helseprofesjonene og kommunenes IT-tjenester avgjørende. På grunnlag av denne pilotstudien kan videre områder for forskning og utvikling være:

- Hvordan kan man samle internett, fagsystem, VK og annen velferdsteknologi i en mobil enhet på en sikker måte?
- Hvordan kan system og prosedyrer for VK i kommunehelsetjenesten opprettes og vedlikeholdes?
- Hvordan kan utstrakt bruk av VK mellom fagpersonale bidra til å kvalitetssikre tjenestene og utnytte ressursene på en bedre måte?

Referanser:

- Arksey H., & O'Malley, L.(2005). Scoping studies: towards a methodological framework. . *International Journal of Social Research Methodology.*, 8(1), 19-32.
- Finkelstein, J., Lapshin, O., Castro, H., Cha, E., & Provance, P. G. (2008). Home-based physical telerehabilitation in patients with multiple sclerosis: A pilot study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(9), 1361-1374.
- Hay-Hansson, A. W., & Eldevik, S. (2013). Training discrete trials teaching skills using videoconference. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(11), 1300-1309. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2013.07.022>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). St.medl. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015). Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo.
- Helsedirektoratet (2012). *Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo.
- Høverstad, L., & Fürst, R. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*. KS FOU-prosjekt nr.134027 - Sluttrapport. Oslo: Kommunenes sentralforbund.
- Kirchhoff, R., & Berg, H. (2016) En scoping review: Kunnskap om videokommunikasjonsteknologi i lys av hverdags-/telerehabilitering. *Sykepleien Forskning* 16,174-183.
- Ness, N.E. (2016) *Hverdagsrehabilitering i Norge jan 2016*. Prezi 21. november 2016. <https://prezi.com/o5ezst-ulmvt/copy-of-hverdagsrehabilitering-i-norge-jan-2016/>
- NOU (2011). *NOU 2011:11 Innovasjon i Omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Scalvini, S., Zanelli, E., Comini, L., Dalla Tomba, M., Troise, G., Febo, O., & Giordano, A. (2013). Home-Based Versus In-Hospital Cardiac Rehabilitation After Cardiac Surgery: A Nonrandomized Controlled Study. *Physical Therapy*, 93(8), 1073-1083. doi: 10.2522/ptj.20120212
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: SAGE.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1-11. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Zanaboni P, K. U., Wootton R. (2014). Adoption of routine telemedicine in Norway: the current picture. *Global Health Action*, Vol. 7. <http://journals.co-action.net/index.php/gha/article/view/22801/0>