

Håvar Bråten Olsborg og Erling Osland

Hvordan oppleves medisinsk avstandsoppfølging hos sykepleiere og mennesker med livsstilindusert kronisk sykdom?

Bacheloroppgave i Sykepleie SPL3903

Veileder: Anne Marit Åslund

Mai 2021

Håvar Bråten Olsborg og Erling Osland

Hvordan oppleves medisinsk avstandsoppfølging hos sykepleiere og mennesker med livsstilindusert kronisk sykdom?

Bacheloroppgave i Sykepleie SPL3903

Veileder: Anne Marit Åslund

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan oppleves medisinsk avstandsoppfølging hos sykepleiere og mennesker med livsstilindusert kronisk sykdom?	Dato	21.05.2021
Forfattere:	Håvar Bråten Olsborg Erling Osland		
Veileder(e):	Anne Marit Åslund		
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Medisinsk avstandsoppfølging, kronisk sykdom, salutogenese, sykepleieveiledning, self-management		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 3		
46/10995			
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:			
<p>Bakgrunn: Kommende utfordringer kan true bærekraften til vårt helsevesen. Endringer i sykdomsbildet, samt flere eldre og kronisk syke vil føre til en økning i bruk av helsetjenester. Sykepleierens veiledende funksjon kan i kombinasjon med medisinsk avstandsoppfølging være et bidrag i det helsefremmende arbeidet, og svar på kommende utfordringer i helsetjenesten. Antonovsky sin teori om salutogenese er det teoretiske rammeverket i litteraturstudien.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å finne og sammenfatte forskning som beskriver hvordan medisinsk avstandsoppfølging oppleves hos sykepleiere, og mennesker med kronisk sykdom med mål om å fremme helse. Kronisk sykdom er avgrenset til kronisk obstruktiv lungesykdom, hjerte- og karsykdommer og diabetes mellitus type 2.</p> <p>Metode: Litteraturstudie, med strukturert søk i databasene Ovid (Medline) og Cinahl (Ebsco). Fremgangsmåten er innhenting av forskning, kritisk vurdering og sammenfatning av syv kvalitative artikler. Den kvalitative forskningen ble analysert med Aveyard sin tematiske analyse.</p> <p>Resultat: Analysen identifiserte tre hovedtemaer med ni undertema. Temaene var: (1) Hvordan medisinsk avstandsoppfølging oppleves, (2) hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker opplevelsen av helsefremming, og (3) hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker pasient-sykepleierrelasjonen.</p> <p>Konklusjon: Medisinsk avstandsoppfølging var knyttet til opplevelser som økt trygghet, økt self-management kompetanse og styrket den personsentrerte sykepleien. Medisinsk avstandsoppfølging oppleves som ett godt tilbud og er med på å styrke pasientenes evne til self-management, og oppleves helsefremmende hos mennesker med kronisk sykdom.</p>			

ABSTRACT

Title:	How does nurses and humans with lifestyle-induced chronic disease experience remote patient monitoring?	Date 21.05.2021
Authors:	Håvar Bråten Olsborg Erling Osland	
Supervisor(s)	Anne Marit Åslund	
Keywords (3-5)	Remote patient monitoring, chronic disease, salutogenesis, nurse counseling, self-management	
Number of pages/words:	Number of appendix: 3	
46/10995		
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: The coming challenges can threaten the sustainability of our healthcare system. Changes in the disease picture, more elderly and more chronically ill will put a bigger strain on healthcare services. The nurse's counseling function in combination with remote patient monitoring can support the ongoing work of health promotion, and meet the coming challenges. Antonovsky's theory of salutogenesis is the theoretical framework in this literature review.</p> <p>Purpose: The purpose of this literature review is to find and summarize research that describes how nurses and humans with lifestyle-induced chronic disease experience remote patient monitoring with the goal of health promotion. Chronic disease is limited to chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular diseases and diabetes mellitus type 2.</p> <p>Methods: Literature review, with a structured search in the databases Ovid (Medline) and Cinahl (Ebsco). The approach was recorded thoroughly for verifiability, and flowcharts present the inclusion and exclusion of articles. The qualitative research was analyzed with Aveyard's thematic analysis.</p> <p>Results: The analysis identified three major themes with nine subthemes. The themes were: (1) the experience of remote patient monitoring, (2) how the remote patient monitoring effected the experience of health promotion, and (3) how the remote patient monitoring effected the nurse-patient relationship.</p> <p>Conclusion: Remote patient monitoring was attached to the experiences of increased security, increased self-management and strengthen the nurses' approach to person-centered care. Remote patient monitoring is experiences as a good service and contributes to the patient's self-management. Remote patient monitoring is experienced as health promoting in regards to people with chronic disease.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0	Innhold	6
1.1	<i>Tema</i>	6
1.2	<i>Sykepleiefaglig relevans og avgrensning</i>	7
2.0	Bakgrunn	8
2.1	<i>Kronisk sykdom</i>	8
2.2	<i>Salutogenese</i>	8
2.3	<i>Kroppskunnskaping</i>	9
2.4	<i>Empowerment og self-management</i>	9
2.5	<i>Personsentrert sykepleie</i>	10
2.6	<i>Etikk og lovverk</i>	10
2.7	<i>Tidligere forskning</i>	11
2.8	<i>Hensikt og problemstilling</i>	11
3.0	Metode	12
3.1	<i>Litteraturstudie som metode</i>	12
3.2	<i>Søkestrategi</i>	12
3.3	<i>Inklusjon- og eksklusjonskriterier og flytskjema</i>	12
3.4	<i>Utvelgelse av artikler og kritisk vurdering</i>	17
3.5	<i>Metode for analyse og sammenfatning</i>	17
4.0	Resultater	18
4.1	<i>Presentasjon av artikler</i>	18
4.2	<i>Sammenfatning av resultatet</i>	25
4.3	<i>Hvordan oppleves bruk av medisinsk avstandsoppfølging</i>	26
4.4	<i>Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker opplevelsen av helsefremming</i>	26
4.5	<i>Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker pasient-sykepleierrelasjonen</i>	27
5.0	Drøfting	29
5.1	<i>Hvordan oppleves bruken av medisinsk avstandsoppfølging</i>	29
5.1.1	<i>Trygghet og utrygghet</i>	29
5.1.2	<i>Individuelle tilpasninger av tilbudet</i>	30
5.1.3	<i>Sykepleierens opplevelser</i>	30
5.2	<i>Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker opplevelsen av helsefremming</i>	31
5.2.1	<i>Kroppskunnskaping</i>	31
5.2.2	<i>Empowerment</i>	32
5.2.3	<i>Sykepleierens opplevelse knyttet til pasientens empowerment</i>	33
5.2.4	<i>Self-management</i>	33
5.3	<i>Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker pasient-sykepleierrelasjonen</i>	35
5.3.1	<i>Personsentrert sykepleie</i>	35
5.3.2	<i>Sykepleieveiledning</i>	36
5.4	<i>Metodiske overveielser og kritisk vurdering av utvalgte artikler</i>	37

5.5	<i>Etiske overveielser</i>	39
5.6	<i>Innovasjon i sykepleiepraksis</i>	40
6.0	Konklusjon	41
7.0	Referanseliste	42

Forord

Fra praksis har vi begge erfaring med pasienter som har kronisk sykdom, og vi ønsker å rette en særlig oppmerksom mot denne pasientgruppen. Inspirasjonen til denne Bacheloroppgaven har utspring i menneskene vi har møtt, erfaringene vi har gjort oss under studiet, og ikke minst på bakgrunn av mye refleksjon og diskusjon mellom oss og sammen med medstudenter på sykepleie-kullet 18BSPLH ved NTNU Gjøvik.

Vi ønsker å rette en stor takk til veileder Anne Marit Åslund for å ha gitt oss god veiledning og støtte fra start til slutt gjennom denne oppgaven. Vi vil også takke venner og familie som har støttet oss gjennom skriveprosessen. Det har vært ufattelig spennende og vi føler oss privilegerte som har fått gjort et dypdykk i denne tematikken.

*At man naar det i Sanhed skal lykkes En at føre et
Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremst maa
passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der.
Dette er Hemmligheten i al Hjælpekunst.*

*Søren Kierkegaard: Synspunktet for min Forfatter-
Virksomhet*

1.0 Innhold

1.1 Tema

Velstandsutviklingen i industrialiserte land har medført at en stadig større del av sykdomsbildet i dag har en sammenheng med endret livsstil (Askheim, 2011). For å øke den forventede levealderen samt flere gode leveår, er det et helsepolitisk mål å redusere tilfellene av tidlig død og helsesvikt relatert til kroniske sykdommer (Meld. St. 19 (2018-2019)). Samhandlingsreformen peker på at tjenestene har for lite fokus på å begrense og forebygge sykdom. Det har vært en reorientering fra å «reparere» skader til hvordan vi kan styrke helsefremmende ressurser (Heggdal, 2008). Det blir flere eldre, og flere mennesker med kronisk sykdom, og dette vil øke trykket på primærhelsetjenesten i tillegg til at det er forventet en mangel på 28.000 sykepleiere i 2035 (St. Meld. 47 (2008-2009); Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Løsninger skal finnes med vekt på; ny teknologi, brukerinnyttelse i helsetjenestene og egenmestring samt forskning og utvikling (NOU 2011:11). En teknologisk løsning som får mer fotfeste er medisinsk avstandsoppfølging:

Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienten møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell (Iversen, *et al.*, 2020 s. 11).

Målet med medisinsk avstandsoppfølging er ment til å styrke pasientens mentale og fysiske helse, samt trygghet og mestring (Meld. St. 7 (2019-2020)). I tråd med disse helsepolitiske målene er det viktig å få kunnskap om pasienters opplevelse med medisinsk avstandsoppfølging. Målet er at pasienten skal bli mer selvstendig. Egenomsorg kan bidra til bedre helse og livskvalitet, og at pasienten og brukeren har en større grad av egenomsorg er også en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 47).

1.2 Sykepleiefaglig relevans og avgrensning

«I sykepleie er helse det overordnede målet» (Tveiten, 2018, s. 237). Austveg (1989, s. 56) definerer helse som:

vår evne til å takle vår livssituasjon, med en god balanse mellom selv å ha kontroll over egen livssituasjon, og ha et nettverk som vi kan stole på og også kunne være avhengig av. Helse har å gjøre med evne til å tåle påkjenninger, og det har også med muligheter og potensialer å gjøre. De fleste av oss vil legge vekt på mulighet og evne til å stå på egne ben.

Ifølge Verdens Helseorganisasjon er helsefremmende arbeid «en prosess som lar mennesket få økt kontroll over og mulighet til å forbedre egen helse» (Jacobsen, 2016, s. 73). Sykepleieren skal benytte forskning, erfaring og brukerkunnskap i sin praksis. For å få frem brukerperspektivet skal denne litteraturstudien belyse forskningsbasert kunnskap om hvordan pasientene og sykepleiere opplever medisinsk avstandsoppfølging (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015).

I denne litteraturstudien vektlegges avstandsoppfølging ved bruk av teknologi hvor man registrerer og deler klinisk informasjon, og at informasjonen benyttes i sykepleieveiledning via digitale hjelpemidler som telefon, videokonferanse eller skriftlig meldingsutveksling. Litteraturstudien omhandler Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjerte- og karsykdommer og diabetes mellitus type 2 (DM2). Valget av disse tre har sin begrunnelse i at de er de største bidragsyterne til den gruppen WHO betegner som de ikke-smittsomme sykdommene (Meld. St. 19 (2018-2019)). Litteraturstudien har ikke fokus på disse spesifikke sykdommene hver for seg eller de underliggende fysiologiske forholdene som gir opphav til sykdom, men heller fellesnevnerne som finnes mellom mennesker som lever med sykdommene. Kreft, psykiske plager, muskel- og skjelettplager er også anerkjent av Norge som del av de ikke-smittsomme sykdommene, men er bevisst ekskludert på grunn av oppgavens rammer.

2.0 Bakgrunn

2.1 Kronisk sykdom

Med kronisk sykdom menes det at sykdommen har et langt forløp, og at den ikke nødvendigvis lar seg helbrede (Meld. St. 19 (2018-2019)). En sykepleiefaglig utfordring i møte med mennesker som lever med kronisk sykdom er å bidra til at pasienten selv kan ta ansvar for sin behandling, og dermed oppleve livskvalitet med sykdommen. Ved kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, KOLS og DM2 dras livsstilsendringer fram som et sentralt punkt i rehabiliteringsprosessen (Mosand og Stubberud, 2016; Bakkeland *et al.*, 2016; Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016). Disse sykdommene kan også på et samfunnsnivå i stor grad forebygges eller utsettes gjennom endringer i livsstil (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 105). Risikofaktorer består av tobakksbruk, skadelig alkoholforbruk, usunt kosthold og fysisk inaktivitet. Røyking er den vanligste årsaken til KOLS, og risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer er blant annet overvekt og fedme. Det pågående arbeidet rettet mot risikofaktorene og bedre medisinsk behandling har gitt gevinst, men økning i overvekt og fedme kan motvirke den positive trenden knyttet til hjerte- og karsykdommer og DM2 (Meld. St. 19, (2018-2019)). Gode levevaner må være en sentral del av behandlingen, og derfor betegnes disse sykdommene i denne oppgaven som *livsstilinduserte kroniske sykdommer*.

2.2 Salutogenese

Salutogenese er en måte å se på helse som skiller seg fra patogenesen. I salutogenesen er fokuset på personens ressurser som helsefremmende sentralt, mens patogenesen fokuserer på faktorer som gir opphav til sykdom. Antonovsky beskriver helse som en linje og at individet til enhver tid befinner seg et sted langs linjen, mellom helse og uhelse som to ytterpunkter. Salutogenesen fokuserer på faktorer som beveger individet mot den positive helsepolen av linjen (Jacobsen, 2016). «Opplevelse av sammenheng» (OAS) er et sentralt begrep i salutogenesen, og består av tre dimensjoner. Antonovsky definerer OAS slik:

En global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41).

Antonovsky kaller dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, og disse er gjensidige i forhold til hverandre. Den viktigste komponenten er likevel meningsfullhet fordi den henger sammen med motivasjon som en drivkraft i livet. Meningsfullhet vil styrke begripelighet og håndterbarhet. Antonovsky beskriver i sin teori generelle motstandsressurser som er iboende i mennesket, og er forutsetninger for å utvikle OAS. Motstandsressursene er omfattende og knyttes til person, omgivelsene og samfunnet en er omgitt av. Antonovsky hevder at minst fire av disse motstandsressursene må være tilgjengelig: meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner (Lindström og Eriksson, 2015).

2.3 Kroppskunnskaping

Heggdal (2008) beskriver Kroppskunnskaping som en salutogen teori, og betrakter den som en prosess som flytter den kronisk syke mot helsepolen på linjen. «Kroppskunnskaping innebærer å lære seg oppmerksomhet i forhold til kroppens tegn, lære seg hvordan tegnene kan fortolkes, og hvordan symptomer og plager kan håndteres. Ikke minst innebærer prosessen å lære seg hva som bidrar til mestring, helse og velvære i eget liv» (Heggdal, 2008, s. 41). Knyttet til empowerment så er det pasienten som er i fokus, fordi det er pasientens egen helsefremmende prosess som er i sentrum, med pasientens kropp som informant. Å lytte til egen kropp og det å ta signalene den gir på alvor, er allerede noe som fører pasienten mot den positive helsepolen. Det er ikke nok å «reparere» for å få til bedring, men bedring oppstår i kombinasjon med medisinsk behandling og bruk av helsefremmende ressurser (Heggdal, 2008).

2.4 Empowerment og self-management

«Empowerment handler enkelt fortalt om at personer eller grupper som befinner seg i en avmaktssituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten» (Askheim, 2011, s. 72). Dette er en mobilisering som skal gi pasienten makt, kontroll og styring over eget liv. Veiledning er et middel i empowermentprosessen, og forstås som et samarbeid mellom sykepleier og pasient (Tveiten, 2018). Sykepleieren er den sterke parten i pasient-sykepleierrelasjonen, som besitter kunnskap og ressurser pasienten trenger. Dette gir sykepleieren makt, og pasienten blir den sårbare parten i et asymmetrisk maktforhold (Haugan og Rannestad, 2018). God sykepleierveiledning fordrer at sykepleieren anerkjenner pasienten som ekspert på seg selv, pasientens rett til medvirkning og omfordeling av makt (Tveiten, 2018).

«Self-management refererer til individets evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer iboende det å leve med kronisk tilstand. Virkningsfull self-management inneholder evne til å monitorere ens egen tilstand og påvirke de kognitive, atferdsmessige og emosjonelle responsene nødvendig for å opprettholde en tilfredsstillende livskvalitet. Da, er dynamisk og kontinuerlig prosess av self-management etablert» (Barlow *et al.*, 2002, s. 178). Self-management lar seg ikke lett oversette til norsk. Alternative ord er «selvbehandling», «selvledelse» og «administrere seg selv», men fører til at ordet mister sin mening. Når oversettelsen er reduksjonistisk eller gjør at ordet mister sin mening, så kan det være bedre å la ordet forbli på det språket som gir det mening (Tveiten, 2018).

2.5 Personsentrert sykepleie

I utforming av tjenester standardiseres gjerne behandling og oppfølging. Sykepleien må derimot individualiseres, fordi sykepleieren har ett ansvar for å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, og innebærer at tjenesten tilpasses til den enkeltes behov (Grov, 2015; NSF, 2019). Florence Nightingale hadde allerede merket seg under hennes tid viktigheten av at sykepleieren må forstå pasientene ut fra dens egne reaksjoner i møte med sykdom (Holter, 2015). Måten sykepleieren kommuniserer med pasienten er en del av individualiseringen av sykepleien. Spørsmålet og sykepleierens forståelse av «hva er viktig for deg?» er kjernen i personsentrert kommunikasjon. Det innebærer å anerkjenne pasientens perspektiv, lete sammen for å komme frem til en felles forståelse som stemmer overens med pasientens verdier, og bidra til empowerment. Alle disse punktene må ta utgangspunkt i pasientens kontekst og beskrives ofte av erfarne sykepleiere som å «møte pasienten der han er» (Eide & Eide, 2017).

2.6 Etikk og lovverk

Sykepleiere skal jobbe helsefremmende, og har ifølge de yrkesetiske retningslinjene et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg og forsikre seg om at informasjonen er tilpasset og mottatt (NSF, 2019). Pasienter og brukere skal få støtte og informasjon slik at de aktivt kan delta i spørsmålene og valgene som angår dem og deres helse.

Etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kan helsehjelp kun gis ved pasientens informerte samtykke, med mindre annen hjemmel foreligger. Medisinsk avstandsoppfølging er ikke å anse som inngripende teknologi, fordi det er pasienten selv som må velge å aktivt ta i bruk utstyret for å få delt informasjonen fra seg (KS, 2016). Pasient og brukers rett til medvirkning er lovfestet. Det betyr at i utformingen av tjenesten skal pasienten- og brukerens meninger og synspunkter vektet tungt, også når pasienten mottar medisinsk avstandsoppfølging (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.7 Tidligere forskning

Helsedirektoratet har oppsummert utprøving av medisinsk avstandsoppfølging og presenterer foreløpige resultater som; økt oppfølging, trygghet og kontroll over egen helse; en tettere og bedre dialog med helsepersonell; økt motivasjon for bedre helse gjennom bedret innsikt i egen helsetilstand. Kommunene som har hatt prosjekter i medisinsk avstandsoppfølging beskriver behovet for ledelsesforankring, ansvarsavklaring i roller og opplæring av ansatte. Det tar tid å endre arbeidsmetoder, gevinsten av medisinsk avstandsoppfølging kommer på sikt (Helsedirektoratet, 2019).

2.8 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å finne og sammenfatte forskning som beskriver hvordan medisinsk avstandsoppfølging oppleves hos sykepleiere, og mennesker med kronisk sykdom med mål om å fremme helse. Problemstillingen er som følger: Hvordan oppleves medisinsk avstandsoppfølging hos sykepleiere og mennesker med livsstilindusert kronisk sykdom?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

«En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2019, s. 77). Med systematisering menes å samle litteratur, gå kritisk igjennom den og sammenfatte det hele, slik at leseren får en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området som problemstillingen etterspør. Tilnærmingen til hvordan dette er gjort må være nøye beskrevet, slik at fremgangsmåten er etterprøvable (Thidemann, 2019). For å kunne gjøre problemstillingen søkbar, er det laget et PICO-skjema, se vedlegg 1.

3.2 Søkestrategi

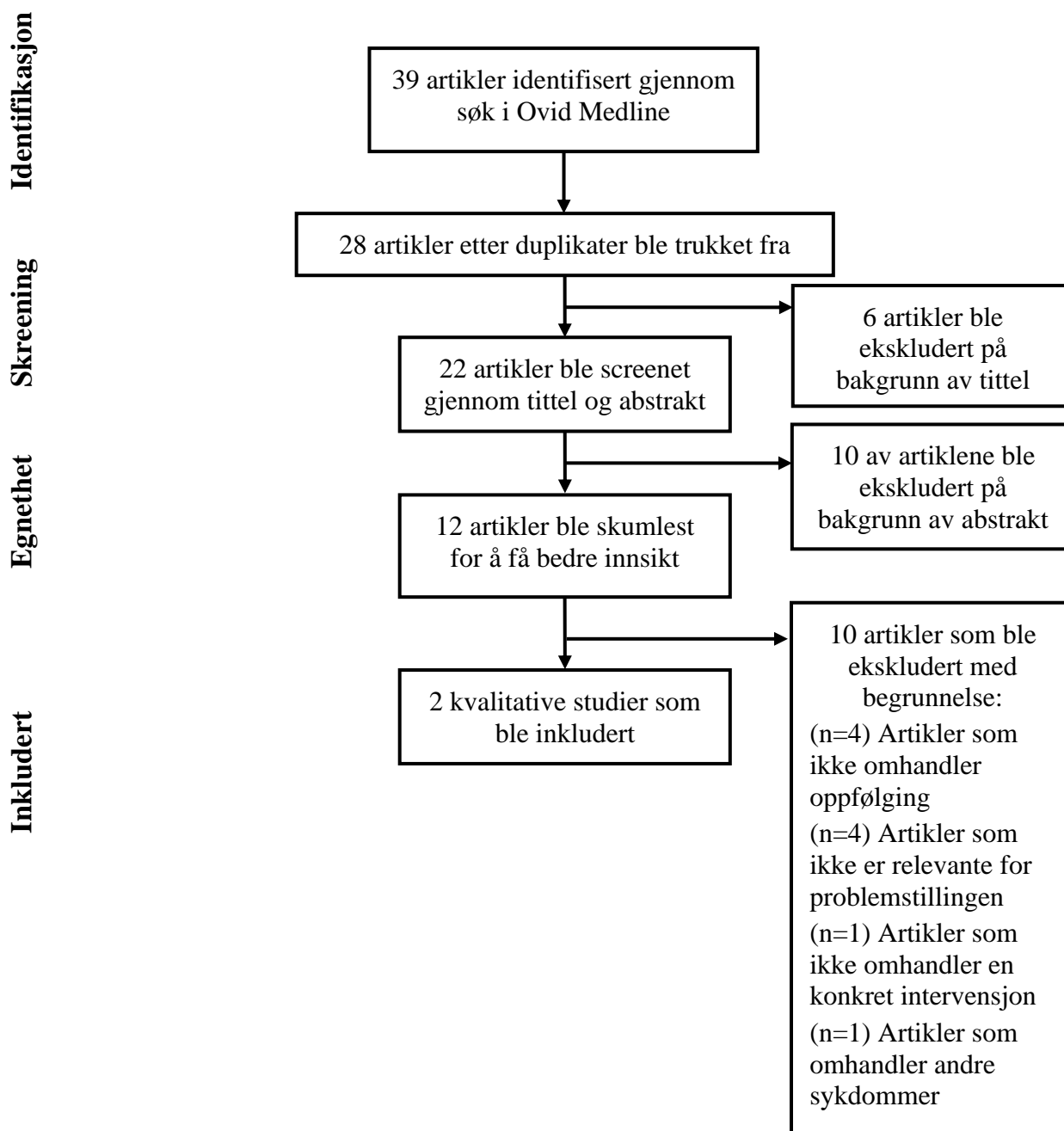
Det ble utført strukturert søk i databasene Ovid (Medline) og Cinahl (Ebsco). For å identifisere aktuelle søkeord ble det benyttet PICO-skjema, samt tidligere forskning som er referert i anerkjent faglitteratur som benyttes på sykepleiestudiet. Søket ble utført 26.04.2021. Søkehistorikken er fremstilt i tabell, se vedlegg 2. For å beholde flyt i oppgaven er PICO-skjema og søkehistorikktabell lagt i vedlegg 1 og 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er fremstilt i tabell 1. Flytskjema for utvelgelse av artikler er fremstilt i tabell 2 og 3. Flytskjema er et innhentet og redigert PRISMA-skjema (PRISMA, 2009). Det ble kun gjort ett fullstendig søk i hver database, med de samme søkeordene. Det ble utelukkende benyttet emneord.

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier og flytskjema

<i>Inklusjonskriterier</i>	<i>Eksklusjonskriterier</i>
Engelskspråklige studier.	Omhandler pasienter som har kognitiv svikt og/eller alvorlig psykiske lidelser.
Omhandler sykepleierens veiledning og oppfølging.	Utgivelsesår før 2011.
Omhandler pasienters og sykepleieres erfaring med bruk av medisinsk avstandsoppfølging.	Omhandler personer under 18 år.
Livsstilinduserte kroniske sykdommer (KOLS, Hjerter- og karsykdommer og DM2).	Omhandler erfaringer og perspektiver fra annet helsepersonell enn sykepleiere.
Vitenskapelig artikkel (IMRaD-struktur, fagfelleurdert)	Omhandler andre kroniske tilstander enn KOLS, Hjerter- og karsykdommer og DM2.
Kvalitative primærstudier	Syn på implementering og mulige gevinster, men ikke benyttet teknologien.
	Kvantitativ forskning.

Tabell 1, Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å kunne sortere ut artiklene som er interessante og som svarer på problemstillingen, ble det foretatt skanning og skimlesing for å inkludere og ekskludere artikler. Fremgangsmåten for skanning og skimlesing blir ikke gjengitt her, se Thidemann (2019) s. 28. Artiklene nedenfor er nummerert slik de fremkommer i søket.



Tabell 2; Flytskjema for Ovid Medline

Artikler fra Ovid Medline:

Duplikater som er synlig i søkene fra Cinahl og Ovid er trukket fra i resultatlisten fra Ovid (Medline).

Studier som ikke omhandler oppfølging av sykepleier (n=4)

Intervensjonen i Artikkel 7 benytter programvare i oppfølging, ikke sykepleier. Artikkel 25 beskriver ikke oppfølging, intervensjonen er kun telemonitorering. Artikkel 31 er en evalueringsrapport som benytter telemonitoreringsutstyr som kun tillater enveiskommunikasjon fra helsepersonell til pasient. Artikkel 34 beskriver ikke oppfølging av sykepleier.

Studier som ikke er relevante for problemstillingen (n=4)

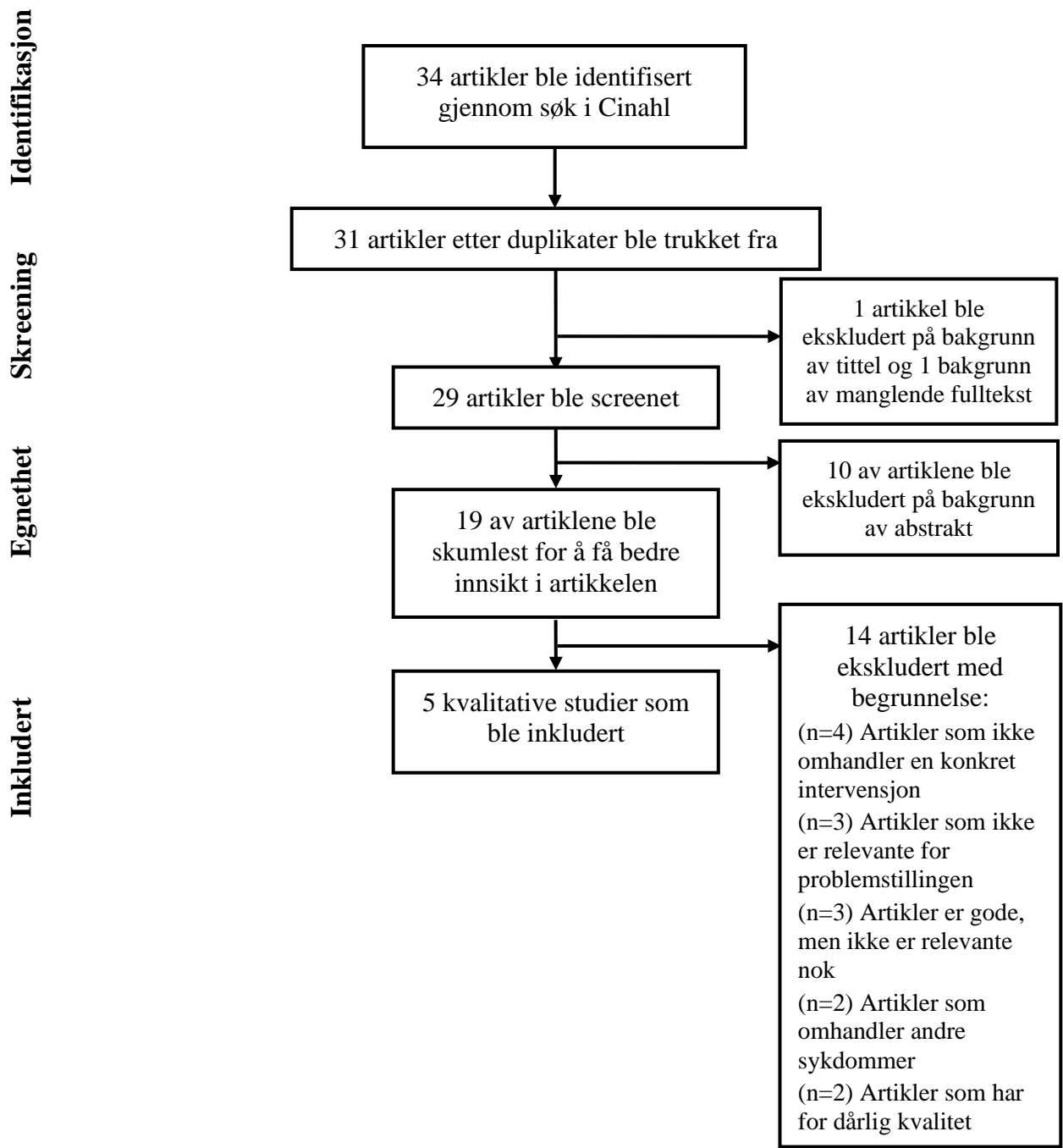
Artikkel 11 har en overvekt av fysioterapeuter, og resultatdelen er derfor vinklet mot deres erfaringer. Artikkel 13 omhandler kontakt med fastlege og endringer i medisiner. Artikkel 15 benytter tradisjonelle konsultasjoner i oppfølgingen av pasienten. Artikkel 27 har et stort fokus på titrering av blodtryksmedisiner, samt fokus på legegperspektivet.

Studier som ikke omhandler en konkret intervensjon (n=1)

Artikkel 10 beskriver helsepersonellens syn på det å ta i bruk digital teknologi, ikke opplevd erfaring.

Studier som omhandler andre sykdommer (n=1)

Artikkel 38 inkluderer astmatikere i sin deltakergruppe.



Tabell 3; Flytskjema Cinahl (Ebsco)

Artikler fra Cinahl (Ebsco):

Duplikater som er trukket fra er artikler som fremkommer dobbelt i samme søk i Cinahl.

Studier som ikke omhandler en konkret intervensjon (n=4)

Artikkel 6 og 19 benytter ikke digital teknologi. Artikkel 14 har fokus på implementering av digital teknologi og medisiner. Artikkel 18 har fokus på implementering av digital teknologi.

Studier som ikke er relevante for problemstillingen (n=3):

Artikkel 17 har fokus på implementering og kostnader ved bruk av teknologi. Artikkel 24 har fokus på teknologi under forverring av KOLS, istedenfor fokus på livsstilsendringer under stabil fase. Artikkel 25 har fokus på blant annet endring av medisiner på bakgrunn av kliniske målinger.

Studier som er gode og relevante, men vi har bedre (n=3):

Artikkel 5, 15 og 27 er gode og relevante artikler, men det er inkludert andre studier som vi mener besvarer problemstillingen enda bedre enn det disse studiene gjør. Med «besvarer problemstillingen», så menes det at intervensjonen er i større grad i tråd med hvordan bruken av det forestilles. I tillegg er det tydeligere hvordan sykepleieren har fulgt opp og veiledet pasienten i inkluderte studier.

Studier som omhandler andre sykdommer (n=2):

Artikkel 16 og artikkel 20 omhandler andre kroniske sykdommer.

Studier som har for dårlig kvalitet (n=2):

Artikkel 7 og 8 er duplikater. Derfor er en av artiklene fjernet på grunnlag av duplisering, og selve artikkelen har for få deltagere til å dra en konklusjon. Artikkel 31 har høy fare for bias i resultatet.

3.4 Utvelgelse av artikler og kritisk vurdering

Artiklene er valgt ut fordi de belyser pasientene og sykepleiernes erfaringer med bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Artiklene er vurdert med Critical Appraisal Skills Programme kvalitative sjekklister, se vedlegg 3 (Critical Appraisal Skills Programme, 2018; Aveyard, 2019).

3.5 Metode for analyse og sammenfatning

For å analysere og sammenfatte resultatet er det brukt Aveyards tematiske analyse (Aveyard, 2019, s. 141). Resultatet fra analysen er presentert i tabell 4.

4.0 Resultater

4.1 Presentasjon av artikler

Artikkel: 1	A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention.
Forfatter:	Lene Nissen, Tove Lindhardt
Tidsskrift:	International Journal of Medical Informatics
Utgivelsesår:	2017
Land:	Danmark
Studiens hensikt:	Undersøke pasienter med KOLS sine erfaringer med en 6 måneders telemedisinsk intervensjon som erstatning for tradisjonell poliklinisk oppfølging.
Metode:	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju av 14 pasienter, 8 kvinner og 6 menn med en gjennomsnittsalder på 69,5 år. Deltagerne var rekruttert på bakgrunn av en RCT-studie. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat:	<p>Hovedfunn; pasientene opplevde tilfredshet og en økt følelse av trygghet. De beskrev økt self-management kompetanse og velvære ved det var noen som fulgte med på deres helsetilstand. Resultater ble inndelt i tre tema</p> <ol style="list-style-type: none">1. Følelse av trygghet og kontroll. Selvmonitorering verdsettes av nesten alle i studien på den måten at det gir mulighet for å følge utviklingen på målinger og dermed egen helsetilstand. Tilgangen på sykepleiere for råd og veiledning ga økt trygghet. Ikke alle utnyttet muligheten med å ta kontakt for råd og veiledning på bakgrunn av endrede målinger, men ventet for å se om målingene bedret seg eller at sykepleier tok kontakt med dem. For disse pasientene ga ikke selvmonitorering økt self-management. En av deltakerne stolte ikke på utstyret, fordi målingene ikke alltid stemte overens med målinger tatt på sykehus. Kombinasjonen av overvåkning og tilgang til helsehjelp ble beskrevet som en «livslinje». Det var kort vei fra symptomforverring til hjelp.2. Kunnskap om sykdommen. Deltakerne forteller om hvordan oppmerksomhet på sammenhengen mellom opplevde symptomer og målinger ga økt kunnskap om sykdommen og ble ett utgangspunkt for å utvikle mestringsstrategier sammen med sykepleier. Enkelte deltagere oppsøkte informasjon om deres sykdom. Bruken av utstyret ga for noen uønsket fokus på sykdom.3. Fordelene med virtuelle konsultasjoner. En fordel som ble nevnt av deltagerne var at de slapp å reise til poliklinikken, fordi reisen opplevdes stressende. Videokonsultasjoner ga raskere tilgang på sykepleiere, noe som igangsatte raskere behandling. Samtidig var det noen som ønsket å møte ansikt-til-ansikt. Deltagerne understreket viktigheten med å ha samme sykepleier under avstandsoppfølgingen.
Relevans for problemstillingen:	Sykepleierens veiledning og oppfølging gjennom telemedisin og utveksling av målinger ga deltagerne en opplevelse av trygghet og kontroll, samt self-management kompetanse.

Artikkel: 2	Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine-A phenomenological study.
Forfatter:	Tina Lien Barken, Elin Thygesen, Ulrika Söderhamn
Tidsskrift:	Journal of Clinical Nursing
Utgivelsesår:	2018
Land:	Norge
Studiens hensikt:	Beskrive opplevelsen av livskvalitet hos en gruppe pasienter med KOLS, som var inkludert i en telemedisinsk intervensjon etter utskrivelse fra sykehusopphold med KOLS-forverring.
Metode:	Forskerne har gjennomført dybdeintervju med 10 personer for å hente inn data, tre kvinner og syv menn. Deltagerne som ble intervjuet var fulgt opp i 3 måneder med telemedisinsk utstyr, og intervjuet fant sted etter at utstyret var levert tilbake til sykehuset. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat:	<p>Resultatene ble inndelt i tre tema:</p> <p>1: Å leve med KOLS, fysiske og mentale begrensninger Pasientene beskriver hvordan det er å leve med KOLS. Hvordan sykdommen legger begrensninger på livet og at dette førte til nedsatt livskvalitet. Kroppslige begrensninger førte til at de måtte avstå hverdagslige gjøremål som husarbeid, handling på butikken og fritidsaktiviteter av betydning. Mentale begrensninger kom som følge av frykt og angst relatert til pustevansker.</p> <p>2: Motta omsorg gjennom telemedisin Økt tilgang på helsetjenester som følge av den telemedisinske intervensjonen ga økt trygghet ved at sykepleiere hadde tett oppfølging. Støtte og oppfølging fra sykepleier ga økt oppmerksomhet og kunnskap om symptomer, evner og følelser gjennom råd og veiledning. Omsorgen ble oppfattet som nær på tross av geografiske avstander. Deltakerne i studien understreket viktigheten av ett personlig forhold mellom sykepleier og pasient, og at sykepleieren hadde god kompetanse om KOLS. Utførelsen av kliniske målinger daglig økte pasientenes kliniske innsikt i deres helsestatus og utviklingen av den. I tillegg fikk pasientene et felles klinisk språk gjennom dialog med sykepleierne.</p> <p>3: To sider av å motta telemedisin Det var nyanser knyttet til opplevelsen av telemedisin relatert til grad av KOLS, pasienter med mild KOLS opplevde telemedisin som en byrde i deres hverdag, fordi de ikke hadde like stort behov for å ta målinger eller få veiledning i gode perioder. Pasientene som hadde alvorlig eller svært alvorlig grad av KOLS opplevde større nytte og hadde generelt bedre opplevelse med telemedisin, fordi dyspné allerede innskrenket livsutfoldelsen. Når utstyret ikke fungerte slik som det skulle, forsvant de positive aspektene ved bruken av det. Bruken av utstyret ga uønsket fokus på sykdom. Enkelte utviklet avhengighet til pulsoksymetri-bruk og ga redusert livskvalitet.</p>
Relevans for problemstillingen:	Sykepleierens oppfølging og veiledning, samt utveksling av målinger ga pasientene bedre tilgang til helsetjenester og økt innsikt i egen helse. Om opplevelsene var gode eller dårlige var også dels avhengig av grad av KOLS.

Artikkel: 3	The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient-nurse relationship: a qualitative study.
Forfatter:	Silje S. Lie, Bjørg Karlsen, Marit Graue og Bjørg Oftedal.
Tidsskrift:	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Utgivelsesår:	2019
Land:	Norge
Studiens hensikt:	Undersøke hvordan internettbasert veiledning påvirker pasient-sykepleierrelasjon, sett fra perspektivet til pasientene som deltar- og sykepleierne som gjennomfører intervensjonen.
Metode:	Kvalitativ studie, semi-strukturerte intervju med 10 pasienter med DM2 og 4 sykepleiere. Pasientgruppen besto av 6 kvinner og 4 menn med en gjennomsnittsalder på 51 år. Fem pasienter var rekruttert fra «ren» eGSD intervensjon, og fem fra en «blandet» eGSD intervensjon. Sykepleierne som ble intervjuet var alle kvinner med lang erfaring innen oppfølging av diabetespasienter. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat:	<p>Resultatene ble inndelt i to hovedtemaer, hvert hovedtema hadde to undertema.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eGSD intervensjonen fasiliterte for gjensidig forståelse og fleksibilitet i relasjonen: Gjennom skriftlig kommunikasjon kunne pasientene uttrykke seg mer åpent og dette ga en følelse av å få frem hvordan deres liv var sammensatt. De fortalte om det som var viktig for dem, og om ting som de kanskje ikke hadde klart å si i en vanlig konsultasjon. eGSD intervensjonen skapte en lavere terskel for å snakke om det som virkelig var viktig for pasientene. Fra sykepleiernes side ga dette en økt innsikt og forståelse av pasientens hverdag og sammenheng med sykdom. Deltagerne leverte fra seg refleksjonsskriv, noe som gjorde det mulig å ivareta psykososiale aspekter ved self-management. 2. eGSD intervensjonen gjorde relasjonen skjør: Både sykepleierne og pasientene understreket viktigheten med å møtes ansikt-til-ansikt. Pasientene i den «rene» eGSD intervensjonen ønsket et ekstra møte ansikt-til-ansikt, og pasientene i den «blandede» intervensjonen påpekte at det ekstra møtet var viktig for å etablere tillit og et personlig forhold. «Ren» eGSD intervensjon ble beskrevet som utilstrekkelig og upersonlig av pasientene. For sykepleierne var et ekstra møte viktig for å bekrefte antagelsene og tolkningene de hadde gjort på bakgrunn av de skriftlige meldingene pasientene sendte og det ble lettere å «lese» pasienten, tilpasse og skreddersy informasjonen i møtet. Både pasientene og sykepleierne beskrev utfordringer med skriftlig kommunikasjon. Sykepleierne beskrev utfordringer med å uttrykke seg skriftlig og fryktet misforståelser eller feiltolkninger.
Relevans for problemstillingen:	Refleksjonsnotater og skriftlige meldinger mellom pasienter og sykepleiere skapte gjensidig forståelse og fleksibilitet i relasjonen. Skriftlig kommunikasjon har utfordringer i praksis.

Artikkel: 4	Empowering Diabetes Self-Management Through Technology and Nurse Health Coaching
Forfatter:	Sheridan Miyamoto, Stuart Henderson, Sarina Fazio, Bruno Saconi, Elizabeth Thiede, Deborah A. Greenwood, Heather M. Young
Tidsskrift:	The Diabetes <i>EDUCATOR</i>
Utgivelsesår:	2019
Land:	USA
Studiens hensikt:	Å utforske pasienter med DM2 sine erfaringer med bruk av en app (mobil helse) og sykepleieveiledning.
Metode:	Kvalitativ studie, deltagerne var rekruttert på bakgrunn av en RCT-studie. Det ble intervjuet 10 menn og 13 kvinner, og en person som nektet å oppgi kjønn, totalt 24 personer i aldersgruppen 35–90. Det ble gjennomført fokusgruppeintervju, med bruk av en semi-strukturert intervju guide. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med kvalitativ innholdsanalyse støttet av et dataprogram.
Resultat:	<p>Resultatene ble inndelt i fire temaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utvidet perspektiv på self-management av DM2. Utvidet perspektiv på self-management innebar at pasientene hadde større aksept for hvilke implikasjoner DM2 hadde for deres helse. Annerkjennelse av selve diagnosen var for noen pasienter viktig i seg selv. Redskapene og støtten som deltagerne fikk i intervensjonen var også en katalysator for å engasjere andre i sin diagnose. 2. Bevisstgjøring av helseadferd Med bevisstgjøring av helseadferd la deltagerne vekt på at redskapene de fikk utdelt gjorde dem mer bevisste på hvor mye de bevegde seg og hvor mye mat de spiste. Sykepleierveiledningen ansvarliggjorde deltagerne på en ikke-dømmende måte, skapte fokus og bevissthet om hvordan atferd påvirket helsen. En ikke-dømmende holdning, kombinert med sykepleierens kunnskaper var understreket som viktig av pasientene. Deltagerne var i stand til å identifisere når progresjon stagnerte eller at de gikk tilbake til uheldige vaner. 3. Opplevelse av økt støtte Deltagerne understreket viktigheten av støtte fra sykepleier og en ikke-dømmende holdning i kommunikasjonen. Å ha noen til å støtte seg som forstod byrden av å leve med DM2 var framhevet av deltagerne. 4. Eierskap i egen helse og diabetes self-management Deltagerne beskrev at de tok en mer aktiv rolle i å kontrollere diabetessykdommen, istedenfor å være en passiv mottaker i behandlingen. Flere følte eierskap til sykdommen sin når de ble mer aktive i sin egen behandling. Motiverende intervju fra sykepleier var et redskap for å gjøre deltagerne mer delaktige.
Relevans for problemstillingen:	Studien beskriver hvordan sykepleieveiledning kombinert med en helseapp ga deltagerne økt kontroll og eierskap over sykdommen.

Artikkel: 5	Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care?
Forfatter:	Jillian P Riley, Jonathan PN Gabe, Martin R Cowie
Tidsskrift:	Journal of Clinical Nursing
Utgivelsesår:	2012
Land:	Storbritannia
Studiens hensikt:	Undersøke i hvilken grad telemonitorering ga pasienter med hjertesvikt empowerment til å utføre egenomsorg.
Metode:	Kvalitativ studie, 15 pasienter med en gjennomsnittsalder på 74 år ble intervjuet to ganger, etter 3 og 6 måneder med telemonitorering. Gruppen bestod av 11 menn og 4 kvinner. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med 'komparativ analysemetode' fra «Grounded theory» og ved hjelp av dataprogram.
Resultat:	<p>Resultatene ble inndelt i fire tema:</p> <p>1. Tilstedeværelse av symptomer: Deltakerne beskriver at symptomene de opplever som følge av hjertesvikten var årsak til kontakt med helsetjenester, men først når symptomene ikke kunne håndteres med lindrende mestringsstrategier. Væskeretensjon og pustevansker fremheves som det mest dominerende symptomet, og årsak til kontakt med helsetjenester.</p> <p>2. Teknologibruk: Alder, funksjonsnivå og komorbiditet resulterte i ulike tilpasninger i måten telemonitoreringsutstyret ble tatt i bruk, men ingen av faktorene var til hinder for å bruke utstyret. Deltakerne finner egne metoder for å ta i bruk telemonitoreringsteknologien, og tilpasser den til eget funksjonsnivå og hvordan teknologien innlemmes i daglige rutiner.</p> <p>3. Egenomsorg og hjertesvikt: Underveis i studien lærer deltakere hvilke målingsresultater som var deres «normal» og deltakerne ble bevisst endringer i kliniske målinger. Noen sammenliknet endrede målinger med tidligere målinger for å vurdere alvorlighetsgraden. Andre la mening til målingene basert på responsen fra sykepleier, eller mangel på respons. Pasientene knyttet klinisk data opp symptomer, men i mindre grad mot livsstil. Klinisk data var brukt som et utgangspunkt for diskusjon med sykepleier.</p> <p>4. Self-management og hjertesvikt: Deltakerne virket dedikerte for å ivareta egen emosjonelle helse, sosial funksjon og utførelse av generelle self-management handlinger. Dette innebar å spise en god diet og regelmessig fysisk aktivitet. Majoriteten av deltakerne lente seg på råd fra sykepleier når målingene endret seg. Pasientene beskrev forholdet med sykepleier som nært og preget av omsorg, og at sykepleier involverte pasienten i beslutninger angående dem.</p>
Relevans for problemstillingen:	Telemonitorering, samt veiledning fra sykepleier førte til at pasientene utviklet self-management-egenskaper.

Artikkel: 6	Advocacy of home telehealth care among consumers with chronic conditions
Forfatter:	Ju-Fen Lu, Mei-Ju Chi, Ching-Min Chen
Tidsskrift:	Journal of Clinical Nursing
Utgivelsesår:	2013
Land:	Taiwan
Studiens hensikt:	Å beskrive bruken av telehelse som et alternativ for pleie- og omsorg for kroniske syke fra perspektivet til brukerne med særlig fokus på self-management.
Metode:	Kvalitativ studie. En gruppe pasienter som hadde enten høyt blodtrykk, diabetes, eller begge deler. 20 pasienter som hadde brukt telehelse i 3 måneder ble intervjuet. 8 med semi-strukturerte, og 12 pasienter med fokusgruppe intervjuer. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat:	<p>Resultatene ble inndelt i 4 tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opplevelse av støtte og trygghet. Majoriteten av deltagerne mente at bruken av telehelse var bekvemmelig. Når pasientene følte ubehag, så var tjenesten klar til bruk og sykepleierne ga informasjon og positive tilbakemeldinger umiddelbart ved opplastning av klinisk data eller ved andre henvendelser. Dette gjorde dem trygge, og fjernet pasientene sine bekymringer. 2. Forsterket self-management. Bruk av telehelse, økt kunnskap og tilgang på informasjon ga pasientene en mer aktiv deltagelse i håndteringen av deres egen sykdom. Compliance til medisiner, forståelse og kontroll av kroppslige forandringer og empowerment til å endre sin egen livsstil stod i fokus. Endringer i livsstil kunne eksempelvis være endringer i kosthold. 3. Bekymringer ved bruk av redskapene. Pasientene i studien angir en utrygghet når det gjelder å ta i bruk teknologisk utstyr som relateres til pasientenes innsikt i utstyret og evne til å gjennomføre prosedyren riktig. Studien finner at dette vises ved utrygghet i forhold målingenes pålitelighet basert på manglende kunnskaper til å avdekke feil ved utstyret for å påvise feilmålinger. 4. Bekymringer knyttet til kostnader av redskapene. Kostnader var en bekymring for pasientene, da det var kun noen få som var villige til å betale for utstyret. Noen pasienter mente at eldre og pasienter med lav inntekt burde få dekket deler av kostnadene, da dette er den demografiske gruppen som er målet for intervensjonen.
Relevans for problemstillingen:	Ved bruk av telehelse og veiledning fra sykepleier opplevde pasientene trygghet, støtte og økt self-management.

Artikkel: 7	Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management
Forfatter:	Ulrika Öberg, Carl Johan Orre, Ulf Isaksson, Robyn Schimmer, Håkan Larsson, Åsa Hörnsten
Tidsskrift:	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Utgivelsesår:	2017
Land:	Sverige
Studiens hensikt:	Beskrive hvordan sykepleiere i den svenske primærhelsetjenesten opplever bruken av digitale eHelse-verktøy i oppfølgingen av pasienter og deres evne til self-management.
Metode:	Kvalitativ studie som forberedelse til en større RCT som skal se på innføring av ett interaktivt system i den svenske primærhelsetjenesten. 20 sykepleiere, alle kvinner ble intervjuet i 5 fokusgruppeintervjuer. Intervju ble tatt opp digitalt, transkribert og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat:	<p>Resultatene ble inndelt i tre hovedtema, hvert hovedtema hadde tre undertema</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Å yte omsorg under digitalt kaos. Hjemmesykepleierne understreket at usynkroniserte digitale systemer ga økt arbeidsbelastning og stress, som resulterte i lavere tilfredshet med jobben. Det var ikke avsatt tid på til å lære seg systemene. Samtidig endret systemene seg ofte. eHelse endret arbeidsdagen, og sykepleierne ønsket seg ro på jobb. Sykepleierne var også bekymret for at eHelse kunne påvirke sykepleier-pasient relasjonen negativt, blant annet ved at de mente at sykepleieren ikke var forsvarlig over internett og ble upersonlig. 2. Manglende oversikt og kontroll over eget arbeid. Følelsen av manglende organisatorisk støtte for digitalisering var understreket, både for implementering og for endring av rutiner. Pasienter og pårørende brukte internett til å tilegne seg informasjon, og sykepleierne ble utfordret på hvor oppdaterte deres egne kunnskaper var. Å møte godt informerte pasienter kunne oppfattes truende for sykepleierne, og ble forsterket av manglende organisatorisk støtte 3. Blandede følelser mot digitalisering. Sykepleierne mener eHelse kan bidra til mer effektive og tilgjengelig helsetjenester og at digitaliseringen er uunngåelig og noe alle må tilpasse seg til før eller siden.
Relevans for problemstillingen:	Sykepleiernes opplevelser med bruk av eHelse beskriver erfaringer som er nyttige i det videre arbeid.

4.2 Sammenfatning av resultatet

Resultatet fra Aveyards (2019) tematiske analyse ga følgende resultater, se tabell 4

<i>Hovedtema</i>	<i>Undertema</i>
Hvordan oppleves bruk av medisinsk avstandsoppfølging	Trygghet og utrygghet Individuelle tilpasninger av tilbudet Sykepleierens opplevelser
Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker opplevelsen av helsefremming	Kroppskunnskaping Empowerment Sykepleierens opplevelse knyttet til pasientens empowerment Self-management
Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker pasient- sykepleierrelasjonen	Personsentrert sykepleie Sykepleieveiledning

Tabell 4; Sammenfatning av resultatet etter analyse

4.3 Hvordan oppleves bruk av medisinsk avstandsoppfølging

Trygghet og utrygghet

Temaet er relevant fordi det gir innsikt i faktorer som ga trygghet og utrygghet hos pasienter og sykepleiere. Rask tilgang på helsehjelp, oversikt over egen helsetilstand og vissheten om at sykepleiere fulgte med på avstand ga trygghet (Lu, Chi og Chen, 2013; Nissen og Lindhardt, 2017; Barken Thygesen og Söderhamn, 2018). Utryggheten ble tilegnet utstyret, enten ved at pasienten opplevde usikkerhet i bruken av utstyret eller at selve utstyret ble oppfattet upålitelig (Lu, Chi og Chen, 2013; Nissen og Lindhardt, 2017; Barken Thygesen og Söderhamn, 2018). Lie *et al.* (2019) beskriver hvordan sykepleiere opplever utrygghet relatert til skriftlig kommunikasjon.

Individuelle tilpasninger av tilbudet

Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) viser hvordan opplevd nytte av telemedisin var knyttet til grad av KOLS, og dette viser til behovet for individualisering av tilbudet.

Sykepleierens opplevelser

Öberg *et al.* (2017) beskriver en opplevelse av kaos fordi systemene ikke snakker sammen. Nye rutiner, arbeidsmetoder og økt ansvar for den enkelte ledet til bekymringer for sykepleierne.

Temaene er relevante for vår problemstilling fordi trygghet er en forutsetning for å ta i bruk tjenesten. Tjenesten må tilpasses pasientens livssituasjon for ønsket effekt, og sykepleierne opplever bekymringer i digitaliseringsprosessen.

4.4 Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker opplevelsen av helsefremming

Kroppskunnskaping

Riley, Gabe og Cowie (2012), Nissen og Lindhardt (2017), Barken, Thygesen og Söderhamn (2018), og Miyamoto *et al.* (2019) beskriver ulike måter for hvordan pasientene tilegner seg ny kunnskap om kropp og sykdom på bakgrunn av utføring av kliniske målinger. Målingene ble delt og utgjorde et utgangspunkt for sykepleieveiledning. Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) beskriver hvordan noen av pasientene ble avhengige av pulsoksymetri-bruk, og sammen med Nissen og Lindhardt (2017) beskriver de hvordan bruken av utstyret ga uønsket stort fokus på at de var syke.

Empowerment

Riley, Gabe og Cowie (2012), Nissen og Lindhardt (2017), Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) og Miyamoto *et al.* (2019) beskriver hvordan pasientene opplevde empowerment. I Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) var ett felles klinisk språk ett uttrykk for empowerment. Lu, Chi og Chen, (2013), Nissen og Lindhardt, (2017), Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) viser hvordan pasienten ble mer delaktige i sin egen behandling gjennom økt selvtillit. Empowerment oppstod også i kraft av en gjensidig relasjon som teknologien fasiliterte (Riley, Gabe og Cowie, 2012; Miyamoto *et al.*, 2019). Miyamoto *et al.* (2019) viser hvordan noen av pasientene tok større eierskap til sykdommen sin.

Sykepleierens opplevelse knyttet til pasientens empowerment

Pasientene kunne videre tilegne seg kunnskap om egen sykdom gjennom dialog med sykepleierne, og fra andre kilder som internett. Det å bli spurt om egen ekspertise som sykepleier opplevdes som truende mot sykepleierrollen (Öberg *et al.*, 2017).

Self-management

Gjennom ny personlig kunnskap om hva som fremmet og ikke fremmet helse, samt empowerment og økt selvtillit, utviklet pasientene forskjellige metoder for å utøve self-management (Riley, Gabe og Cowie, 2012; Lu, Chi og Chen, 2013; Nissen og Lindhardt, 2017).

Temaene er relevante til problemstillingen fordi det viser til hvordan medisinsk avstandsoppfølging bidrar til opplevelsen av empowerment, Kroppskunnskaping og dermed styrker self-management kompetansen. Sykepleierens tradisjonelle rolle utsettes for press når pasienten tildeles makt.

4.5 Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker pasient-sykepleierrelasjonen

Personsentrert sykepleie

Riley, Gabe og Cowie, (2012), Nissen og Lindhardt, (2017) Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) beskriver at på tross av geografiske avstander så opplevdes omsorgen som nær gjennom medisinsk avstandsoppfølging. Nissen og Lindhardt (2017) og Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) beskriver at det var essensielt at sykepleieren kjente pasienten, og at det ikke var nok å ha kunnskap om sykdommen. Lie *et al.* (2019) beskriver at skriftlig kommunikasjon fasiliterte åpenhet mellom sykepleier og pasient. Öberg *et al.* (2017) og Lie *et al.* (2019) viser

hvordan elektroniske meldinger opplevdes upersonlig. Lie *et al.* (2019) beskriver hvordan elektroniske meldinger fjerner non-verbal kommunikasjon. Nissen og Lindhardt (2017) og Lie *et al.* (2019) finner at pasientene ønsker en kombinasjon av medisinsk avstandsoppfølging og tradisjonelle konsultasjoner.

Sykepleierveiledning

Riley, Gabe og Cowie (2012), Nissen og Lindhardt (2017) beskriver hvordan pasientens kliniske målinger ga utgangspunkt for sykepleieveiledning. Barken, Thygesen og Söderhamn (2018), Miyamoto *et al.* (2019) viser til hvordan pasientene opplevde støtte fra sykepleier. Støtten oppstod i form av kvalifisert informasjon og råd, gjennom et ikke-dømmende ståsted fra sykepleier.

Temaene er relevante til vår problemstilling fordi det viser til hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker kommunikasjonen, og dermed hvordan personsentrert sykepleie og sykepleieveiledning utøves.

5.0 Drøfting

I fremtiden vil det være en mangel på sykepleiere, flere eldre og kronisk syke mennesker. For å møte disse utfordringene vil det kreves endring av helsetjenestene slik vi kjenner de i dag. Ved å tilby medisinsk avstandsoppfølging er formålet blant annet; bedre ressursbruk, brukermedvirkning og koordinering i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012; Iversen *et al.*, 2020).

5.1 Hvordan oppleves bruken av medisinsk avstandsoppfølging

5.1.1 Trygghet og utrygghet

Bruken av medisinsk avstandsoppfølging ga en opplevelse av trygghet hos pasientene. Dette kom som en følge av disse komponentene; enkel tilgang på helsetjenester, gode relasjoner til sykepleiere, og at noen følger med på helsetilstanden og gir tilbakemeldinger (Lu, Chi og Chen, 2013; Nissen og Lindhardt, 2017; Barken, Thygesen og Söderhamn 2018). Liknende funn ser vi i rapporten fra Das *et al.* (2018) angående medisinsk avstandsoppfølging hos kronisk syke, og rapporten fra Iversen *et al.* (2020) 'Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging'. Rapportene viser til funn av de samme komponentene som gir grunnlaget for økt opplevelse av trygghet som i valgte studier. I ett salutogent perspektiv vil komponentene som gir grunnlag for trygghet fremstå som helsefremmende ressurser som tilgjengeliggjøres og benyttes av pasienter i avstandsoppfølgingsintervensjoner, falle inn under kategorien håndterbarhet og bidrar til å styrke OAS.

På en annen side kan tryggheten også oppleves skjør for pasienten. Det er beskrevet at pasientene ble usikre når de opplevde at målinger de selv tok, ikke samstemte med målinger gjort på sykehus (Nissen og Lindhardt, 2017). Lu, Chi og Chen (2013) beskriver at noen pasienter ble usikre på om målingene var korrekt utført og påliteligheten til utstyret, og kjente derfor på ett behov for bedre opplæring. Når utstyret ikke fungerte slik det var forespeilet forsvant mange av de positive aspektene med telemonitoreringsutstyret (Barken, Thygesen og Söderhamn, 2018). Dette kan tolkes som at pasientene opplevde ett forventningsbrudd som førte til en opplevelse av dårligere kvalitet på tjenesten enn det som var forventet, dette uttrykkes som utrygghet hos pasientene. Kvalitet kan defineres som: «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (Flovik og Rokseth, 2015, s. 275). Når pasientene ikke lenger følte de hadde disse ressursene tilgjengelig kan det virke negativt på OAS.

Likevel var det kun et fåtall som beskrev negative opplevelser med medisinsk avstandsoppfølging (Nissen og Lindhardt, 2017; Barken, Thygesen og Söderhamn, 2018). Negative erfaringer med bruk av utstyret var riktignok ikke knyttet til alder og kjønn (Riley, Gabe og Cowie, 2012).

5.1.2 Individuelle tilpasninger av tilbudet

Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) finner at medisinsk avstandsoppfølging fremstår mer positivt for pasienter som har alvorlig grad av KOLS, med høyere grad av symptombyrde. Deltakere med mild grad av KOLS har ikke den samme positive opplevelse av oppfølgingen og beskriver det som en ytterligere byrde å måtte tilpasse aktiviteter og familielivet til intervensjonsmetoden. Dette er ett paradoks ettersom den forebyggende dimensjonen i helsefremming gjennom medisinsk avstandsoppfølging antakelig kan gagne de med mild grad av KOLS mest, ved å bremse selve sykdomsutviklingen. Imidlertid er det slik at alle livsstilsendringer vil kreve stor grad av innsats for å gjennomføre og motivasjon er en forutsetning. Motivasjon oppstår ofte gjennom at en blir bevisst de negative konsekvenser atferden har for en selv. Dette er en gradvis prosess. Dersom ikke de negative konsekvensene atferden gir er like fremtredende, som eksempelvis høy symptombyrde, er det ikke like enkelt å gjennomføre endring og dette kan uttrykkes ved ambivalens til endringsprosessen. Personen vil altså ønske å opprettholde den livstilen en har, fordi den foreløpig ikke har så store negative konsekvenser (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Dersom man ikke er motivert, vil de fleste intervensjoner kunne fremstå som en byrde mer enn ett gode. Den sykepleiefaglige utfordringen ligger her i å beskrive negative konsekvenser av sykdomsutvikling og finne metoder for å gi motivasjon for å gjennomføre livsstilsendringene. Miyamoto *et al.* (2019) beskriver hvordan motiverende intervju i kombinasjon med aktivitetsmåling gir motivasjon til livsstilsendringer og kan dermed fungere som intervensjon for pasienter med mild sykdomsgrad. En ikke-dømmende og oppmuntrende holdning hos sykepleier er viktige for ønsket om endring.

5.1.3 Sykepleierens opplevelser

Lie *et al.* (2019) beskriver hvordan sykepleierne opplevde at skriftlig kommunikasjon var sårbart. Denne sårbarheten kan tolkes som utrygghet, fordi sykepleierne var bekymret for at det skulle oppstå misforståelser. Videre beskriver sykepleierne hvordan de måtte begrense språket sitt i de skriftlige meldingene på grunn av manglende forklaring eller tilpasning av informasjonen til pasienten. Utryggheten oppstod som følge av at sykepleierne manglet

muligheten til å oppklare spørsmål der og da. Derfor var et ekstra møte ansikt-til-ansikt helt nødvendig for å få oppklaring i misforståelser, noe som pasientene i den «rene» intervensjonen understreket. Ved bruk av skriftlig kommunikasjon forsvinner også non-verbal kommunikasjon, noe som er «helt avgjørende for utviklingen av kontakt og trygghet i relasjoner» (Eide og Eide, 2017, s. 136). Både sykepleierne og pasientene understreket ønske om å kombinere skriftlig kommunikasjon med tradisjonelle konsultasjoner. Eide og Eide (2017) sier at en kombinasjon av skriftlige meldinger og tradisjonelle konsultasjoner kan forsterke samarbeidet mellom helsepersonell og pasient i møter ansikt-til-ansikt. Sykepleieren får informasjon og kan kartlegge tilstanden til pasienten, samtidig som pasienten bruker mer tid på å snakke, og får tatt opp det som er viktig for han. Fordelene og ulempene med bruk av ulike former for medisinsk avstandsoppfølging viser til hvordan en bør skreddersy tilbudet på best mulig måte for å møte pasientens behov.

Öberg *et al.* (2017) viser at nye arbeidsmetoder, rutiner og læringsprosesser krever mye av sykepleierne. Innlæring av nye arbeidsmetoder kommer i tillegg til den jobben sykepleierne allerede har. Innlæringsprosessen kompliseres ytterligere av stadig flere digitale verktøy som ikke snakker sammen, og en opplevelse av manglende organisatorisk støtte. Sammen utgjør dette en ikke ubetydelig mengde stressfaktorer som vil kunne gi negative automatiske tanker omkring det å ta i bruk nye digitale verktøy. Dette kan i sum påvirke sykepleierens holdninger til digitaliseringsprosessen i helsevesenet, og viser til behovet for ledelsesforankring, ansvarsoppklaring og opplæring (Thorsnes og Rønning, 2011; Helsedirektoratet 2019).

5.2 Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker opplevelsen av helsefremming

5.2.1 Kroppskunnskaping

Heggdal (2008) sier at Kroppskunnskaping handler om å lære seg å leve kronisk sykdom, noe som gjøres ved å aktivt delta i utfordrende og kreative prosesser. I studiene benyttet pasientene måleutstyr som gir kliniske målinger. Pulsoksymetri og blodtrykksmåler er eksempler på utstyr som ble benyttet. Pasientene utførte målingene selv, og delte resultatene med sykepleieren og ga utgangspunkt for dialog. På denne måten lærte pasientene seg, i samarbeid med sykepleier etterhvert å tolke symptomene sine. Nissen og Lindhardt (2017) viser hvordan Kroppskunnskaping ga utgangspunkt for aktiv handling og hvordan pasientene målte effekten av slike handlinger med bruk av telemonitoreringsutstyret. Dette viser hvordan

Kroppskunnskaping bidrar til en styrket self-management kompetanse. Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) viser også hvordan pasientene skapte en innsikt i deres egen helsestatus via kliniske målinger. Dette muliggjorde å sammenholde daglige kliniske målinger med opplevde symptomer. Kliniske målinger ga pasientene en oversikt over sykdomsutviklingen deres, noe som gjorde dem i stand til å skille opplevde plager fra symptomer på sykdomsforverring. Dette lettet dermed angsten knyttet til den progredierende utviklingen av sykdommen. Miyamoto *et al.* (2019) beskriver hvordan målingene de fikk fra aktivitetsmåleren bevisstgjorde deltakerne om deres passive livsstil. På bakgrunn av denne nye kunnskapen begynte deltakerne å ta tak i egen helse ved å bevege seg mer. Slik oppnår pasienten en bedre forståelse av egen kropp og evne til å sette sykdom og symptomer i sammenheng. Dette bidro til at pasientene ble mer delaktige i egen helse, og det viser til at Kroppskunnskaping bidro til empowerment.

På den andre siden viser Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) til at noen av pasientene utviklet en avhengighet til pulsoksymetri-måleren, noe som ga en redusert livskvalitet. En av målsetningene med intervensjonene er at pasienten skal bli mer selvstendig (Meld. St. 10 (2012-2013)). Paradoksalt blir pasientene tilsynelatende avhengige av måleutstyret. Årsaken kan være fordi kunnskapen og evnen til å se sammenheng mellom målinger og sykdomsfølelse er nytilegnet, og noe av kunnskapen hviler på resultater måleutstyret gir som fortolkningsbakgrunn (Brataas, 2011, s. 64).

5.2.2 Empowerment

Studiene viser at sykepleieren og pasienten inngikk i et likestilt og gjensidig forhold, hvor sykepleieren bidrar til å utjevne maktforholdet slik at relasjonen oppleves mer helsefremmende og konstruktiv (Riley, Gabe og Cowie 2012; Nissen og Lindhardt, 2017; Barken, Thygesen og Söderhamn 2018; Miyamoto *et al.*, 2019). Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) viser hvordan pasient og sykepleier utviklet et felles klinisk språk på bakgrunn av daglige målinger som pasienten utførte og delte med sykepleieren. Økt innsikt i egen helse bidro til at pasientene var mer delaktige i sin egen behandling. Delingen av målinger ga utgangspunkt for samarbeid og dialog. Dette kan bidra til utjevning av maktbalansen mellom sykepleier og pasient, ettersom fagterminologi og begreper er en del av sykepleierens maktgrunnlag (Tveiten, 2018). Dette prinsippet gjenspeiles i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), fordi pasienten har både rett på informasjon, men også at informasjonen skal tilpasses mottaker. Miyamoto *et al.* (2019) viser til at pasientene verdsatte hjelpen de fikk av sykepleieren i form av å sette mål, og

pasientene ble dessuten mer involverte i sin egen helse, som ses ved endring av helseskadelig adferd utover fokuset til intervensjonen.

Dersom pasienten skal ha et godt utgangspunkt for å løse helseproblemer og være i stand til å mobilisere sine ressurser, får sykepleieren en rolle i tillegg til den tradisjonelle ekspertrollen. Denne rollen kan defineres som veilederrollen. Dette aspektet ved empowerment innebærer at pasienten utvikler en aktiv tilnærming til sin egen helse i samhandling med sykepleieren. Sykepleieren må være bevisst den makten som inngår i rollen som fagekspert, og være ydmyk i forhold til det pasienten mener er viktig. Når pasienten får sette egne mål og benytte egne ressurser, i kombinasjon med at pasienten anerkjennes som ekspert på seg selv, vil sykepleierens bidrag være å gjøre fremtidige mål realistiske (Tveiten, 2018).

Empowerment bidrar i retning av den positive helsepolen av linjen som Antonovsky beskriver, fordi det bidrar til mobilisering av pasientens helsefremmende ressurser. Ved at pasientene får brukt de ressursene en sitter på, vil det bidra til å kunne skape kontroll. Å ikke være et offer for omstendighetene vil bidra til meningsfullhet, som igjen styrker OAS.

5.2.3 Sykepleierens opplevelse knyttet til pasientens empowerment

Öberg *et al.* (2017) viser til at pasientene benyttet internett til å samle informasjon om symptomer og sykdom. Sykepleierne opplevde det å få spørsmål angående sin ekspertise fra godt informerte pasienter som truende. Empowerment innebærer en omfordeling av makt og betyr at sykepleieren ikke lenger er parten i relasjonen som besitter all kunnskap om det som er best for pasienten. Dette kan sykepleiere oppleve som vanskelig fordi sykepleierrollen er tradisjonelt forbundet med en ekspertrolle som gir autoritet og makt (Tveiten, 2018). Det er likevel slik at det ikke er pasientens ansvar å tone seg inn etter sykepleierens opplevelse av situasjonen. Det er alltid pasienten som er den sårbare parten i relasjonen (Eide og Eide, 2017). Ved at sykepleiere er bevisste og demper sine paternalistiske holdninger, slipper pasienten å underordne seg den profesjonelle. Dette er av interesse fordi underordning fostrer passivitet, avmakt og diskriminering (Norvoll, 2009, s. 118).

5.2.4 Self-management

Self-management viser til individets evne til å håndtere symptomer og behandling, men også fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer i møte med det å leve med kronisk

sykdom (Barlow *et al.*, 2002). Kroppskunnskapingen bidro til en forståelse av hva som fremmer og ikke fremmer helse. Pasientene foretok en rekke handlinger for å få bukt med opplevde symptomer og plager (Riley, Gabe og Cowie, 2012; Lu, Chi og Chen, 2013; Nissen og Lindhardt, 2017). Nissen og Lindhardt (2017) viser til handlinger pasientene foretok når målingene var utenfor deres 'normalområder'. Det å ta målinger bevisstgjorde pasientene på behovet for å ta ansvar for sin egen behandling, og denne bevisstgjøringen styrker self-management kompetanse. Eksempelvis tok en pasient med oksygenflasken i rullatoren og gikk tur når hun følte dyspné. Utstyret ga også pasientene en mulighet for å evaluere effekten av tiltakene som var utført. Lie *et al.* (2019) brukte refleksjonsskjema for å belyse psykososiale aspekter ved self-management av DM2, noe som viser til at self-management kompetanse kan styrkes på andre vis enn ved kliniske målinger som blodtrykk, SpO2, puls osv.

I Riley, Gabe og Cowie (2012) og Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) beskriver deltakerne egenomsorgsaktiviteter som de gjennomførte i den hensikt å lindre symptomer og plager de opplevde, også før de deltok i intervensjonene. Eksempler på slike egenomsorgsaktiviteter var å sove i stol for å dempe dyspné, hvile oftere og trekke seg ut av sosiale sammenhenger når de ikke lenger kjente kontroll over symptomer som dyspné og angst. Alle egenomsorgsaktivitetene ble gjort for å oppnå symptomlindring og virket innskrenkende på livsutfoldelsen.

Vi ser en forskjell på studiene som omhandler pasienter med KOLS og hjerte- og karsykdommer, mot studiene som omhandler pasienter med DM2. Dette relaterer vi til opplevelsen av angst som følge av pustebesvær, og til bruken av utstyr til klinisk måling. Et menneske med respirasjonsproblemer kjenner på redselen for å bli kvalt og dø. Angsten som oppstår, er nært forbundet dyspné. Både pasienter med KOLS og hjertesvikt kan ha opplevelsen av dyspné som utløser angst og virker selvforsterkende (Bakkeland *et al.*, 2016; Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016).

Studiene med pasienter som har KOLS eller hjerte- og karsykdom brukte i en større grad utstyr som blodtrykksmåler og pulsoksymetri for å oppnå en forståelse av sin sykdom, mens det er vektlagt fysisk aktivitet, kosthold og psykososiale aspekter ved self-management av DM2. En grunn til dette kan være fordi pasienter med DM2 er vant med å utføre egne målinger fra før som f.eks. blodsukker. I Miyamoto *et al.* (2019) er ikke blodsukkeret til pasienten utgangspunkt for videre self-management handlinger, og viser til at kliniske målinger ikke er nødvendig for

self-management handlinger. Bevisstgjøringen rundt egen atferd kan også gi økt self-management.

Fordi self-management viser til individets evne til å håndtere konsekvensene som følger av kronisk sykdom, kan det tolkes som at pasientene fikk en større kompetanse til utføre handlinger som fremmet helse. Kroppskunnskap og Empowerment er fenomener som bidrar til pasientens evner til kognitiv, adferdsmessig og emosjonelle responser. Dette kan forstås som forutsetninger for self-management og gir en økt forståelse, og gjør situasjonen begripelig nok til å aktivt utføre handlinger. Resultatene av den økte self-management kompetansen pasientene har opparbeidet seg bidro til at de håndterte sykdommen bedre og opplevde å ha mer kontroll over den. Dette gjør det verdt å engasjere seg i utfordringen med å utvikle en ny og holistisk forståelse av seg selv, og dermed bidrar i retning meningsfullhet. Derfor bidrar pasientens aktive tilnærming og handlinger til å styrke OAS.

5.3 Hvordan medisinsk avstandsoppfølging påvirker pasient-sykepleierrelasjonen

5.3.1 Personsentrert sykepleie

Nightingale merket seg viktigheten av å møte pasientens individuelle reaksjoner i møte med sykdom (Holter, 2015). Ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» møter sykepleieren det som er viktig for pasienten, fordi pasienten «vet selv best hvor skoen trykker» (Eide og Eide, 2017). Et sentralt punkt ved medisinsk avstandsoppfølging var behovet for å ha samme sykepleier i avstandsoppfølgingen (Nissen og Lindhardt, 2017; Barken, Thygesen og Söderhamn, 2018; Miyamoto *et al.*, 2019). Det var ikke nok at sykepleieren hadde kunnskaper om sykdommen pasientene hadde, men det var også vektlagt at sykepleieren kjente dem og deres sykdomshistorie. Nissen og Lindhardt (2017) beskriver hvordan sykepleierne effektivt tilpasset kommunikasjonsmåten til pasientens dagsform, samtidig som man opprettholdt det positive aspektet med tilgjengelighet til veiledning. Gjennom dialog får man frem hendelser som kan forklare både atferd og mestringsmåter. Slike opplysninger er viktig for å kunne tilpasse tjenesten til individets behov slik at støtten opprettholdes når omstendigheter forandres. At sykepleieren tar slike hensyn, viser omtanke og retter seg etter pasientens dagsform kan oppleves av pasientene som at sykepleieren er opptatt av å ivareta pasientens behov for hjelp (Grov, 2015).

På tross av geografiske avstander ble omsorgen fra sykepleier oppfattet som nær, og i samtale med sykepleier gjennom videokonsultasjon, opplevde pasientene at det ble satt fokus på dem. De beskrev konsultasjonene som trygge og avslappede, samt at de hadde følelsen av å være i samme rom som sykepleieren (Riley, Gabe og Cowie, 2012; Nissen og Lindhardt, 2017; Barken, Thygesen og Söderhamn, 2018). Opplevelsen av omsorg i relasjonen var tilstede gjennom teknologien, men allikevel ble det poengtert et behov fra noen av pasientene om å kombinere medisinsk avstandsoppfølging med tradisjonelle konsultasjoner (Nissen og Lindhardt, 2017; Lie *et al.*, 2019).

Noen pasienter påpekte at det var ikke alt de var i stand til å snakke om i videokonsultasjoner, og følte at det var lettere å snakke om psykologiske aspekter ved sin sykdom i tradisjonelle konsultasjoner. Skriftlige meldinger derimot, bidro til en lavere terskel og åpenhet for å snakke om det pasientene følte var vanskelig (Lie *et al.*, 2019). Eide og Eide (2017) viser liknende eksempler, hvor asynkrone digitale meldinger forsterker åpenhet mellom sykepleier og pasient i forkant av tradisjonelle konsultasjoner. På en annen side har skriftlig kommunikasjon noen svakheter ved at non-verbal kommunikasjon og mulighet til å bruke virkemidler som humor faller bort, dette er beskrevet tidligere (Lie *et al.*, 2019). Digital kommunikasjon utfordrer menneske-til-menneske forholdet, som Travelbee sier er verktøyet for å oppnå målet med sykepleien (Kirkevold, 2001). I medisinsk avstandsoppfølging kommuniserer sykepleier og pasient på nye måter. Sykepleieren må være bevisst på hvordan teknologi skaper både nye muligheter og barrierer i kommunikasjonen.

I Miyamoto *et al.* (2019) fremhever pasientene verdien av en ikke-dømmende holdning hos sykepleier. Når sykepleieren påpeker det pasienten faktisk får til, og oppmuntrer til videre handling ut fra dette, går pasienten fra å være en passiv mottaker av helsetjenester til å være en aktiv deltaker som tar ansvar for egen helse. Ved aktiv deltakelse vil diagnosen øve mindre innflytelse på pasientens oppfattelse av seg selv (Langeland, 2018). Når sykepleieren viser empati ovenfor pasienten og viser at relasjonen mellom dem er stabil og varig vil dette bidra til at støtten sykepleieren gir er av god kvalitet. Dette knyttes til håndterbarhet, som styrker OAS.

5.3.2 Sykepleieveiledning

I empowerment-prosessen så får sykepleieren en rolle som veileder, istedenfor den tradisjonelle rollen som hjelper (Norvoll, 2009; Tveiten, 2018). Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) viser at pasientene støttet seg på sykepleieren og de rådene som hun ga, fordi rådene var

troverdige og pålitelige. Dette viser til makten sykepleieren har i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Riley, Gabe og Cowie (2012) viser til at de kliniske målingene pasienten gjorde og delte med sykepleier utgjorde et utgangspunkt for videre sykepleierveiledning. Pasientene visste ikke ved det første intervjuet hvordan de skulle tolke eller handle på bakgrunn av målingene. Flertallet av pasientene lente seg på rådene de fikk i dialog med sykepleier, og utførte handlinger fra konsultasjonene. De opplevde at rådene var spesifikke for dem. Sykepleierne involverte pasientene i avgjørelsene. Men det var ikke alle som lente på ekspertisen til sykepleieren, fordi forståelsen av deres egen sykdom oppstod på de personlige erfaringene av opplevde symptomer. Dermed var det ikke alltid slik at pasienten utførte handlinger i tråd med de rådene som sykepleieren hadde gitt. Dette viser igjen til at det er pasienten som «vet selv best hvor skoen trykker». Eide og Eide (2017) beskriver sykepleieren i veiledningsprosessen som en ledsager, hvor pasienten har selv definert sitt helseprosjekt, som sykepleieren stiller seg ydmyk til.

I Miyamoto *et al.* (2019) benyttet sykepleieren en veiledningsmetode som kalles helse-coaching. Pasientene satt egne mål med hjelp fra sykepleieren, som også bidro til å identifisere helsefremmende faktorer og barrierer for livsstilsendring hos pasienten. I salutogenesen beskrives generelle motstandsressurser, disse er til stede i menneskers liv i varierende grad. Ved å ta utgangspunkt i det Antonovsky presenterer som motstandsressurser har sykepleieren ett utgangspunkt for å vurdere hvilke forutsetninger pasienten har for livsstilsendring. Dermed kan sykepleieren hjelpe til, eller selv kompensere på områder hvor sykepleieren vurderer motstandsressursene som lite tilstrekkelige. Eksempel på dette kan være å hente fram pasientens synspunkter om det som er viktig, og på den måten hjelpe til med å finne meningsfylte aktiviteter. Sykepleieren kan også være en samtalepartner i eksistensielle spørsmål og bidra til å gjøre pasientens sosiale relasjoner helsefremmende (Lindström og Eriksson, 2015).

5.4 Metodiske overveielser og kritisk vurdering av utvalgte artikler

Kvalitativ forskning er best egnet for å undersøke spørsmål som angår menneskers erfaringer, holdninger og opplevelser, derfor benytter oppgaven kun kvalitative studier. (NEM, 2019; Aveyard, 2019). Kvalitativ forskning er kritisert for å ikke være generaliserbare fordi funnene er helt spesifikke til konteksten forskningen er gjort i. Det er allikevel generelt akseptert at perspektivene og fortolkningene som er hentet fra kvalitativ forskning er overførbare fra en setting til en annen (NEM, 2019; Aveyard, 2019). De syv utvalgte artiklene er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter og har IMRaD- struktur. Samtlige artikler har et tydelig formål, og

analysen i studiene er gjennomført på en måte som skal sikre objektiv tolkning av data. Lie *et al.* (2019) og Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) beskriver hvordan forfatterens erfaring kan vanskeliggjøre objektivitet til resultater. Forfatterne beskriver hvordan de møter utfordringen i sin rolle og derfor trenger ikke forfatterens erfaring å svekke tilliten til studienes funn.

Saturasjon av data var kun diskutert i tre av de syv inkluderte studiene (Nissen og Lindhardt, 2017; Öberg *et al.*, 2019; Miyamoto *et al.*, 2019). Dette kan være en svakhet ved de øvrige valgte studier, men alle valgte studier beskriver analyseprosessen grundig for å gi leseren innsikt og transparens om hvordan data er lest, tolket og tematisert (NEM, 2019). Studien har relativt få deltakere og dermed vil en persons opplevelse kunne gi store utslag. At studiene presenterer enkeltpersonen eller mindretallets negative erfaringer for å nyansere bildet styrker troverdigheten av valgte resultater. Miyamoto *et al.* (2019) har den største gruppen med 24 deltakere. NEM (2019) beskriver at ett stort antall deltakere i kvalitative studier ikke er nødvendig, derimot bør overføringsverdien i studien adresseres. Lu, Chi og Chen (2013) og Öberg *et al.* (2017) beskriver at en liten gruppe, fra samme geografiske område senker overføringsverdien i deres funn. Fire av studiene er skandinaviske, og har sammenlignbare helsevesen som Norge. En studie er fra Taiwan, en fra USA og en fra Storbritannia. Helsevesenet i disse landene er ukjente for oss, så må overførbarheten av resultatene i studien tas i betraktning når de settes i en norsk kontekst.

Riley, Gabe og Cowie (2012), Nissen og Lindhardt (2017) og Lie *et al.* (2019) beskriver at deltakere i utgangspunktet kan være motivert for medisinsk avstandsoppfølging, dette kan føre til at negative opplevelser belyses mindre. Disse studiene kan ha begrensninger når det gjelder overføringsverdien til andre pasientgrupper fordi populasjonen i studiene kan i utgangspunktet være mer motivert for medisinsk avstandsoppfølging enn det som kan forventes ute i praksis.

Salutogenesen har vært kritisert for flere ting. Likheten til andre teorier, som en mener er like gode forklaringer på helse på et individnivå. Antonovsky hevder også at OAS er fullt utviklet i 30-års alderen (Lindström og Eriksson, 2015). Det vil si at OAS er ferdig utviklet når diskuterte pasientgruppe kommer i kontakt med helsetjenestene og reiser spørsmålet om sykepleiere faktisk kan endre en persons innstilling til livet i løpet av den tiden sykepleieren har til rådighet med pasientene.

5.5 Etiske overveielser

Helseforskningloven (2008) har som mål om «å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning». Miyamoto *et al.* (2019) har fått sin studie godkjent av Universitetets Review Board. Deltagerne i studien fikk et gavekort på 50USD for å delta. Det kan være kritikkverdig at deltagerne mottar penger for å delta, men det styrker troverdigheten til studien ved at forskerne tar opp det som faktisk er blitt gjort. Lie *et al.* (2019) har fått sin studie godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Barken, Thygesen og Söderhamn (2018) har fått studien sin godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og den er utformet i tråd med Helsinkideklarasjonen. Nissen og Lindhardt (2017) fikk sin studie godkjent av REK. Öberg *et al.* (2017) utformet sin studie i tråd med Helsinkideklarasjonen, og fikk godkjenning av Regional Ethical Review Board hos Umeå Universitet. Lu, Chi og Chen (2013) fikk sin studie godkjent av Taipei Medical University sin etikk-komité. Riley, Gabe og Cowie (2012) utformet sin studie i tråd med Helsinkideklarasjonen og fikk godkjenning av sin lokale etikk-komité knyttet til forskning.

Teknologi som lagrer data og er koblet mot internett, vil alltid utgjøre en risiko for personvernet. Denne risikoen er høyst reell, noe dataangrepet mot Østre-Toten kommune viser tydelig (NRK, 2021). Personopplysninger har imidlertid vært utsatt i flere år, som ble vist av Riksrevisjonen som fikk tak i personsensitive opplysninger fra flere helseforetak gjennom ett simulert dataangrep (Riksrevisjonen, 2020). General Data Protection Regulation (GDPR) er EU-lovgivning som er innlemmet i Norsk lovverk. GDPR sier at data som inneholder personsensitive opplysninger sikres forsvarlig og ikke deles uten samtykke fra den som data omhandler (Personopplysningsloven, 2018).

Sykepleieren må anerkjenne at det å leve med kronisk sykdom oppleves vanskelig og at det krever en betydelig innsats fra pasienten for å håndtere sykdommen. Det å sette et stort fokus på ressurser, kan føre til en undervurdering av pasientens faktiske behov for hjelp og omsorg. For noen vil en så stor grad av uavhengighet være uhensiktsmessig. Helsepersonell har også kritisert empowerment-tradisjonen for å ha bidratt til en svekkelse av den profesjonelle ekspertisen, og dermed undergrave den profesjonelle handlekraften. Noen pasienter ønsker faglig ekspertise i noen situasjoner, og noen ganger så er pasienten ikke i posisjon til å innhente kompetanse for hva som er den beste behandlingen (Norvoll, 2009).

Alle har et eget ansvar for sin helse. Samtidig må samfunnet anerkjenne helsegradienten og dens implikasjoner. Det er en sammenheng mellom økt forekomst av enkelte typer kroniske sykdommer og sosioøkonomisk status (Meld. St. 19 (2018-2019) s. 110). Det blir problematisk i det helsefremmende arbeidet med kronisk syke å hverken anerkjenne helsegradienten eller individets egne ressurser og ansvar, og kan ikke tillegge hele vekten på den ene eller den andre. Så lenge helse er skjevt fordelt i samfunnet, vil det være et ansvar for oss alle å bidra til å utjevne denne forskjellen. Samtidig så kan ikke alle valgene pasienten gjør skyldes på samfunnet som helhet, for det vil undergrave pasienten sin autonomi og kraft til å skape endringer.

5.6 Innovasjon i sykepleiepraksis

Videre utprøving av medisinsk avstandsoppfølging kan med fordel fokusere på intervensjoner rettet spesifikt mot pasienter med mild grad av kronisk sykdom. Vår antakelse er at denne gruppen har mest å hente innenfor den sykdomsforebyggende dimensjonen av helsefremming. Dersom utviklingen av kronisk sykdom kan bremses på ett tidlig tidspunkt vil det spare unødvendige plager, lidelser og tapt livskvalitet.

Forskning på medisinsk avstandsoppfølging kan med fordel innlemmes i longitudinelle befolkningsstudier, som for eksempel Helse Undersøkelsen i Trøndelag (HUNT). I vår mailkorrespondanse med HUNT kunne de ikke gi eksempel på at slike studier var en del av deres forskningsprosjekt på nåværende tidspunkt. Vår antakelse er at intervensjoner som skal fostre livsstilsendringer må pågå i lang tid for å vise effekt. For pasienten med kronisk sykdom er det vaner som over lang tid har fått utvikle seg og som har ført til sykdom, og det vil være utopisk å tro at slike livsstilsvaner kan endres i løpet av korte intervensjoner.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å finne og sammenfatte forskning som beskriver hvordan medisinsk avstandsoppfølging oppleves hos sykepleiere, og mennesker med livsstilindusert kronisk sykdom med mål om å fremme helse. I denne litteraturstudien knyttes opplevelsene til økt trygghet, økt self-management kompetanse og styrker den personsenterte-sykepleien.

Utstyr som gir pasienten mulighet til å ta vitale målinger og dele disse med sykepleieren ga pasienten et grunnlag for å videreutvikle Kroppskunnskaping. Videre styrket medisinsk avstandsoppfølging empowerment i pasient-sykepleier relasjonen og self-management handlinger på bakgrunn av den nye forståelsen om sin egen kropp gjennom Kroppskunnskaping. Pasienter med høy symptombyrde hadde bedre opplevelser i motsetning til de med mild symptombyrde. Dette viser til et behov for individualisering, med utgangspunkt i pasientens situasjon, slik at tjenesten oppleves nyttig. Det vises til utfordringer for sykepleiere og pasienter med å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging, da medisinsk avstandsoppfølging også ga utrygghet, samt at sykepleierens tradisjonelle rolle ble utfordret i møte med pasienter som var mer delaktige i sin egen helse.

Medisinsk avstandsoppfølging oppleves i lys av salutogenesen som helsefremmende hos pasienter med livsstilindusert kronisk sykdom ved å bidra til økt forståelse av egen kropp relatert til sykdom, ressurser pasienten kan dra nytte av og til slutt aktiv deltakelse i egen helse og fokus på det som oppleves viktig for pasienten.

Teknologi kan ikke fullt ut erstatte mellommenneskelige relasjoner og heller ikke kompensere for omsorgsbehov. Medisinsk avstandsoppfølging bør ses som en egen intervensjon, som kombineres med fysiske konsultasjoner og er rettet mot pasienter som ønsker denne typen oppfølging, med de fordeler og ulemper som vi har beskrevet. Vi konkluderer med at medisinsk avstandsoppfølging oppleves som ett godt tilbud og er med på å styrke pasientenes evne til self-management. Som all annen sykepleie som utføres, må medisinsk avstandsoppfølging være skreddersydd for individet det gjelder, og ta utgangspunkt der i livet hvor pasienten befinner seg. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.

7.0 Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. Oversatt fra *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well* av A. Sjøbu. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2011) Pasientopplæring og empowerment, i Brataas, H. (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal, s. 71 – 84.
- Austveg, B. (1989) *Helsearbeid og innvandrere – Mangfold, sunnhet og sykdom*. Oslo: TANO.
- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care – A practical guide*. 4. Utg. England: Open University Press.
- Bakkelund, J. *et al.* (2016) Sykepleie ved lungesykdommer, i Stubberud, D.G. Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie – bind 1*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 117–182.
- Barken, T. L., Thygesen, E. and Söderhamn, U. (2018) ‘Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine-A phenomenological study’, *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(1–2), s. 132–142. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/jocn.13857. (Hentet: 26.04.2021)
- Barlow, J. *et al.* (2002) ‘Self-management approaches for people with chronic conditions: a review’, *Patient Education and Counseling*, 48(2), s. 177 – 187. Tilgjengelig fra: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0) (Hentet: 10.05.2021).
- Barth, T. Børtveit, T og Prescott, P. (2013) *Motiverende intervju – Samtaler om endring*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H.V. (2011) Læringssyn og sykepleiepedagogisk praksis, i Brataas, H. (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*, 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 53 – 68.
- Critical Appraisal Skills Programme (2018) *CASP-Qualitative-Checklist-2018*. Tilgjengelig fra: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> (Hentet: 03.05.2021).
- Das, A. *et al.* (2018) *Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer – Tjenesteutvikling i nasjonalt pilotprosjekt*. (2018:00480). Trondheim/Oslo: SINTEF Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-01112018-avstandsoppfolging.pdf> (Hentet: 20.05.2020).
- Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling og etikk*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A. Stubberud, D.G. og Haugland, T. (2016) Sykepleie ved hjertesykdommer, i Stubberud, D.G. Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie – bind 1*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 229 – 280.

Flovik, A.M. og Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og sikkerhet, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 271 – 295.

Graverholt, B. Jamtvedt, G. og Nortvedt M.W. (2015) Kunnskapsbasert praksis i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 179 – 192.

Grov, E.K. (2015) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 37 – 55.

Haugan, G. og Rannestad, T. (2018) Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten, i Gammersvik, Å. og Larsen, T.G. (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 135 – 156.

Heggdal, K. (2008) *Kroppskunnskaping – Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. 1 Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2012) *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale- helse og omsorgstjenestene 2013 – 2030*. (IS-1990). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/_attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf (Hentet: 11.05.2020).

Helsedirektoratet (2019) *Gode brukererfaringer med medisinsk avstandsoppfølging*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/gode-brukererfaringer-med-medisinsk-avstandsoppfolging> (Hentet: 16.05.2021).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1 (Hentet: 20.05.2021).

Holter, I.M. (2015) Sykepleierens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 107 – 117.

Iversen, T. et al. (2020) *Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, Delrapport 1*, 25.02.2020. Oslo: Institutt for helse og samfunn, UiO, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/2133860d-7fbf-4c1c-86b1-c6c574fb3596:3f589793696db21cb75f80179441d0b112c19684/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf (Hentet: 09.05.2020).

Jacobsen, E.L. (2016) Helse og sykdom, i Heggstad, A.K.T, og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. Utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS, s. 56 – 76.

Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

KS (2016) *Velferdsteknologiens ABC Lovverk og etikk – Modul C*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/KS-Velferdsteknologiens-ABC-Emne-C.pdf> (Hentet: 14.05.2021).

Langeland, E. (2018) Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie, i Gammersvik, Å. og Larsen, T.G. (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 157 – 178.

Lie, S. S. et al. (2019) ‘The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient–nurse relationship: a qualitative study’, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), s. 741–749. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/scs.12671. (Hentet: 26.04.2021).

Lindström, B. Eriksson, M. (2015) *Haikerens guide til salutogenese*. Oversatt fra The hitchhiker’s guide to salutogenesis av A. Sjøbu. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lu, J., Chi, M. and Chen, C. (2013) ‘Advocacy of home telehealth care among consumers with chronic conditions’, *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 23(5–6), s. 811–819. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/jocn.12156. (Hentet: 26.04.2021)

Meld. St. 7 (2019-2020) (2019) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (Hentet: 15.05.2021).

Meld. St. 10 (2012-2013) (2013) God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/> (Hentet 08.05.2021).

Meld. St. 19 (2018-2019) (2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/> (Hentet. 09.05.2021).

Miyamoto, S. et al. (2019) ‘Empowering Diabetes Self-Management Through Technology and Nurse Health Coaching’, *The Diabetes EDUCATOR*, 45(6), s. 586 – 595. Tilgjengelig fra: doi: 10.1177/0145721719879421 (Hentet: 26.04.2021).

Mosand, R.D. og Stubberud, D.G. (2016) Sykepleie ved diabetes mellitus, i Stubberud, D.G. Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie – bind 2*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 51 - 82.

NEM, Den Nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2019) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (Hentet: 16.05.2021).

Nissen, L. and Lindhardt, T. (2017) 'A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention', *International Journal of Medical Informatics*, 107, s. 11–17. Tilgjengelig fra: doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004. (Hentet 26.04.2021).

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 09.05.2021).

Norsk Rikskringkasting (2021) Bekreftar at personsensitiv data er lekka etter dataangrep i Østre Toten, Nr.no. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/innlandet/info-som-hackarar-fekk-ut-fra-ostre-toten-kommune-kan-ha-hamna-pa-det-morke-nettet-1.15439495> (Hentet: 14.05.2021).

Norvoll, R. (2009) Sosiale avvik og sosial kontroll, i Brodtkorb, E og Rugkåsa, M (red.) *Mellom mennesker og samfunn*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 99 - 121.

NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i Omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (Hentet: 08.05.2021).

Personopplysningsloven (2018) *Lov om behandling av personopplysninger*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38> (Hentet: 14.05.2021).

PRISMA (2009) *Prisma 2009 Flow Diagram*. Tilgjengelig fra: <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf> (Hentet: 26.04.2021).

Riksrevisjonen (2020) *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*. Rapportvedlegg til Dokument 3:2 (2020 – 2021). Oslo: Riksrevisjon. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-helseforetakenes-forebygging-av-angrep-mot-sine-ikt-systemer/> (Hentet: 14.05.2021).

Riley, J. P., Gabe, J. P. and Cowie, M. R. (2012) 'Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study', *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 22(17–18), s. 2444–2455. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04294.x. (Hentet: 26.04.2021).

St.meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – på rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet 26.04.2021).

Thidemann, I.J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget AS

Thorsnes, S.L. og Rønning, A.B. (2011) Veiledning i yrkeslivet, i Brataas, H. (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 265- 280

Tveiten, S. (2018) Empowerment og veiledning – Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T.B. (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 237 – 258.

Öberg, U. et al. (2017) ‘Swedish primary healthcare nurses’ perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management’, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, s. 961 – 970. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/scs.12534 (Hentet: 26.04.2021).

