

10054

Digital hjemmeoppfølging og mestring hos hjemmeboende voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom

Antall ord: 7563
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10054

Digital hjemmeoppfølging og mestring hos hjemmeboende voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom

Antall ord: 7563
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Det blir stadig flere eldre og pleietrengende i Norge. Det norske helsevesenet vil i fremtiden ha færre menneskelige ressurser per pasient, noe som vil kunne være en utfordring når man i større grad ønsker å gjennomføre oppfølging i hjemmet. Aktiv brukermedvirkning er samtidig et mål for sykepleiere i deres helsefremmende funksjon. Brukere med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er i dag en av de mest ressurskrevende brukergruppene for helsetjenesten, og har et stort behov for støtte til egenmestring. Det er stor tro på at velferdsteknologi i form av digital hjemmeoppfølging (DHO) kan bidra til mestring, det er dermed interessant å undersøke brukere med KOLS sine opplevelser etter bruk av tjenesten.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hjemmeboende voksne med KOLS sine opplevelser av mestring relatert til digital hjemmeoppfølging og å diskutere hvordan tjenesten kan bidra til mestring.

Metode: Et litteraturstudium gjennomført våren 2022 basert på syv forskningsartikler.

Resultat: Digital hjemmeoppfølging kan bidra til at brukere med KOLS opplever økt kunnskap om KOLS og en større forståelse av eget sykdomsbilde. Digital hjemmeoppfølging bidrar til en opplevelse av trygghet gjennom at brukerne blir holdt øye med, og muligheten til å roe egne subjektive symptomer. Bruk av digital kommunikasjon kan bidra til bedret samarbeid med helsetjenesten, men visuell representasjon, kontinuitet i pleiepersonellet og at tjenesten ikke erstatter fysisk oppfølging trekkes fram som viktige faktorer. For brukere med moderat KOLS kan DHO oppleves som en belastning i hverdagen.

Konklusjon: Implementering av digital hjemmeoppfølging kan under de riktige forutsetningene bidra til økt mestring ved å tilrettelegge for styrking av brukerens ressurser gjennom empowerment og redusere stress som oppstår i forbindelse med sykdommen. Sykepleiers veiledende rolle er avgjørende i prosessen. Litteraturstudien aktualiserer nødvendigheten av å legge brukeres individuelle behov og opplevelser av DHO til grunn i videre utvikling og implementering av tjenesten.

Nøkkelord: sykepleie, digital hjemmeoppfølging, helsefremming, empowerment, KOLS

Innhold

1. Innledning	4
1.1. Introduksjon	4
1.2. Bakgrunnsteori	4
1.2.1. Å leve med KOLS.....	4
1.2.2. Mestring av kronisk sykdom og empowerment	5
1.2.3. Sykepleiers helsefremmende funksjon og kommunikasjon	6
1.2.4. Digital hjemmeoppfølging.....	7
1.3. Formål og problemstilling	7
2. Metode	8
2.1. Beskrivelse av metode.....	8
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
2.3. Søkestrategi og søkehistorikk.....	10
2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler	12
2.5. Analyse	12
3. Resultater	14
3.1. Artikkelmatrise.....	14
3.2. Presentasjon av resultater	21
3.2.1. Økt kunnskap om egen tilstand og deltakelse i egen behandling	21
3.2.2. Overvåkning og tilgang til helsehjelp gir opplevelse av trygghet.....	22
3.2.3. Interaksjon med helsepersonell	22
3.2.4. Bruk og implementering av det teknologiske utstyret i hjemmet.....	23
4. Diskusjon	25
4.1. Mestring av fysiske symptomer ved hjelp av den digitale tjenesten	25
4.2. Digital hjemmeoppfølging som en trygghetsskapende faktor	26
4.3. Sykepleier-pasient-interaksjonen og digital hjemmeoppfølging.....	27
4.4. Utfordringer ved digital hjemmeoppfølging for opplevelse av mestring.....	29
4.5. Styrker og svakheter.....	30
4.6. Konklusjon.....	31
Referanser	32

Tabeller

Tabell 2.1 PICO-skjema	8
Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Tabell 2.3 Søkehistorikk	10
Tabell 2.4 Evans' analyseprosess.....	12
Tabell 2.5 Analyse av hoved- og undertemaer	13
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	14

1. Innledning

1.1. Introduksjon

Helsetjenesten i Norge er stadig i endring. Antallet eldre og pleietrengende i landet er forventet å øke, noe som skaper økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). I dag har kroniske lidelser som kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) størst forekomst og er særlig ressurskrevende for helsevesenet (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 40). I 2016 behandlet hjemmetjenesten i Norge 55 000 brukere med KOLS (Folkehelseinstituttet, 2018).

Samhandlingsreformen la i 2008 føringer for at man i fremtiden i større grad enn før skulle følge opp brukere i hjemmet, og kutte ned på antall liggedøgn i institusjon i forbindelse med behandling (Meld. St. 47 (2008-2009), s.59). Føringene møter et helsevesen som utfordres av mangel på menneskelige ressurser fordi det utdannes færre og at folk forlater yrket (Grimsbø, 2016, s. 313). Befolkningsveksten resulterer i færre yrkesaktive per pleietrengende (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Dette kan være problematisk når helsetjenesten skal imøtekomme fremtidens hjelpebehov.

Samtidig har involvering av pasienten i egen behandling fått stadig større tyngde i utøvelse av sykepleie (Nakrem, 2017, s. 72). I denne sammenheng har velferdsteknologi blitt spådd å kunne være en god ressurs i helsefremmede sykepleie, og har fått økende fokus etter rapportene «Innovasjon i omsorg» (NOU: 2011: 11) og «Morgendagens omsorg» (Helsedirektoratet, 2022). Dette har banet vei for utprøving og implementering av oppfølging av pasienter med kroniske lidelser i hjemmet ved bruk av teknologi.

1.2. Bakgrunnsteori

1.2.1. Å leve med KOLS

KOLS gir kronisk dyspné og hoste med ekspektorat fra slimdannelse i bronkiene (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 134). Sykdommen kan holde seg stabil over perioder, men er kjennetegnet ved akutte forbigående forverringer der pasienten får økt pustebesvær, slimproduksjon og mer hoste. Det karakteristiske forløpet med forverringer gjør KOLS til en progredierende, irreversibel sykdom (Bakkeland et al., 2016, s. 133).

Å få en kronisk sykdom er krevende og kan oppleves som en stor livsomveltning (Kristoffersen, 2016c, s. 355). Et liv med KOLS medfører gjentatte sykehusinnleggelse, tilpasninger i hverdagen og oppfølging som samsvarer med sykdomsgraden og pustebesværet. Følelsen av å ikke få puste er svært panikk- og angstfremkallende, og

kan i seg selv forverre respirasjonsbesværet (Bakkellund et al., 2016, s. 135). På denne måten kan en liten symptomforverring raskt eskalere. Avhengighet av andre mennesker, nedsatt fysisk kapasitet og redsel for faktorer som kan trigge forverringer fører til at mange KOLS-pasienter lever mesteparten av tiden i hjemmet (Bakkellund et al., 2016, s. 138).

Behandling av KOLS består av å lindre fysiske og psykiske plager, samt bremse utvikling og forhindre akutte forverringer (Bakkellund et al., 2016, s. 135). Brukere med en slik kronisk lidelse har behov for støtte i daglige aktiviteter og gjøremål, mestring av følelser og hjelp til å aktivere og bruke tilgjengelige ressurser for mestring av egen situasjon (Kristoffersen, 2016c, s. 355).

1.2.2. Mestring av kronisk sykdom og empowerment

Mestring kan beskrives som handlinger en person utfører for å møte krav i situasjoner der en selv opplever at sine ressurser utsettes for påkjenninger, både fysiske og psykiske (Kristoffersen, 2016a, s. 247). Negativt stress oppstår når en ikke lenger har kapasitet til å håndtere stressorene man er utsatt for (Stubberud, 2019, s. 30). Stresset kan føre til reaksjoner som blant annet angst eller frykt, slik som ved dyspné hos pasienter med KOLS (Stubberud, 2019, s. 31). Pasientens utrygghet kan øke når omsorgspersoner rundt den utsatte ikke er til stede, i redsel for at forverringer skal skje uten mulighet for hjelp. En som lever med et slikt stress på grunn av sykdom kan bli ytterligere utrygg av å føle at man ikke kjenner personen som pleier en, eller dersom man er usikker på helsepersonellens kompetanse til å ivareta ens behov på en forsvarlig måte (Stubberud, 2019, s. 25). Et fellestrekk for mestringsteorier er målet om å fremme en opplevelse av personlig kontroll i møte med stressoren (Stubberud, 2019, s. 34).

En mestringsteori er teorien om empowerment (Stubberud, 2019, s. 39). Teorien bygger ifølge Lønne (2019, sitert i Stubberud, 2019, s. 39) på en salutogen tankegang, og en idé om at mennesker skal få bedre helse ved å utvikle kunnskapen om og ta styring over helsefremmende faktorer. Målet er å bli en aktiv deltaker i sin egen behandling og rehabilitering. Både indre og ytre ressurser vil påvirke mestringsevnen. De indre ressursene er blant annet personlighet, kunnskaper, kognitive ferdigheter og selvstendighet, mens de ytre ressursene innebærer sosialt nettverk og familiesituasjon, samt tilgjengelighet til helse- og omsorgstilbud (Reitan, 2010, s. 83-84). Ifølge Askheim og Starrin (2007, referert i Stubberud, 2019, s. 39) er informasjon, undervisning og veiledning viktige virkemidler i brukerens empowerment. Begrepet oversettes til det norske ordet bemyndiggjøring, og peker på helsepersonellens mulighet til å overføre makt i behandlingssituasjonen til brukeren (Kristoffersen, 2016c, s. 351).

Kieffer (1984, referert i Walseth og Malterud, 2004) beskriver at empowerment utvikles gjennom fem definerte faser:

1. **En mobiliserende episode**, for eksempel sykdomsutvikling som oppleves truende og vekker bevissthet og engasjement. For en KOLS-bruker kan et eksempel være en episode med forverring som brukeren opplever som dramatisk og som skaper bekymring for egen tilstand.
2. **Usikkerhet og begynnende analyse av situasjonen**. Dette kan være tiden etter KOLS-forverringen, der brukeren må forholde seg til en hverdag preget av

redsel for nye alvorlige situasjoner, og en usikkerhet rundt hvordan man skal håndtere dette.

3. **Oppdagelse av ressurser og muligheter.** For en hjemmeboende KOLS-bruker kan støtte og informasjon fra helsepersonell om sykdommen eller hjelpemidler føre til nye ressurser.
4. **Utprøving av kunnskap og refleksjon over nye erfaringer.** I denne fasen kan en person med kronisk sykdom bruke hjelpemidlene og informasjonen til å prøve ut tiltak for å mestre egen sykdom og hverdagen i en iterativ prosess.
5. **Deltakende kompetanse.** I den endelige fasen er personen i stand til å aktivt mestre situasjonen og leve med langvarig kronisk sykdom på grunn av sine nye ferdigheter. I en KOLS-brukers situasjon vises dette ved at brukeren innehar kunnskap og erfaring for å kunne gjøre evalueringer rundt egen tilstand, avverge forverring, eller kontakte helsetjenesten der det er nødvendig.

1.2.3. Sykepleiers helsefremmende funksjon og kommunikasjon

I motsetning til en patogen tankegang der pasienten er definert av sykdommen, fokuserer et salutogent perspektiv på mennesket som en helhet, og heller hva som kan fremme helse i pasientens individuelle situasjon (Kristoffersen, 2016b, s. 51). Blant annet knytter Verdens helseorganisasjon (WHO) empowerment til sykepleiers helsefremmende funksjon og pedagogiske virksomhet (WHO, referert i Kristoffersen, 2016c, s. 351). Involvering av pasienten i beslutnings- og behandlingsprosessen som en del av det helsefremmende arbeidet kan betegnes som brukermedvirkning. Dette tydeliggjøres gjennom økt bruk av betegnelsen «bruker» fremfor «pasient», og derfor vil også begrepet «bruker» i denne oppgaven benyttes om KOLS-pasienter, da jeg har fokus på mestring hos hjemmeboende voksne med KOLS.

Å fremme god helse samt å hjelpe personer til å oppleve mestring som målet for sykepleie er sentralt i Joyce Travelbees sykepleieteori (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 30). Travelbee legger vekt på at enkeltmenneskets opplevelse og reaksjon i møte med sin sykdom eller tap bør være utgangspunktet for hjelpen sykepleier gir. Et annet sentralt aspekt ved teorien er tanken om at god sykepleie for mestring forutsetter et menneske-til-menneske-forhold mellom den som pleier og den som har behov for pleie (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 32). Travelbee beskriver verbal og nonverbal kommunikasjon som essensielt både når forholdet etableres over tid, og i et hvert møte mellom pleier og bruker (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34). Gjennom å bli kjent med brukeren og utvise empati og sympati kan pleieren vise at hun både har gode intensjoner og faglige kunnskaper (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 32-34). Slik kan det utvikles en tillit hos brukeren til at man får hjelp når man trenger det, en tillit som er nødvendig for at sykepleier kan tilpasse sykepleien til brukerens behov og oppnå sine mål i pleien (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 30, 32-34). Opplevelse av støtte kan i seg selv være bidragsytende til pasientens mestringsevne (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34-35).

Bekreftende kommunikasjon er et eksempel på en måte en kan vise anerkjennelse av brukerens bidrag i samarbeidet og bidra til opplevelse av nærhet og tilknytning (Eide & Eide, 2018, s. 155). Disse opplevelsene er igjen nært slektet med helse, selvstendighet og autonomi (Haugan, 2014, s. 205-206). I profesjonell kommunikasjon er det likevel viktig å være oppmerksom på at forholdet preges av sårbarhet hos brukeren og en ubalanse i makt, nettopp fordi pleier sitter med kompetanse brukeren ikke innehar (Haugan, 2014, s. 206). Dette nødvendiggjør oppmerksomhet, varhet, ydmykhet og respekt fra sykepleier i møte med brukeren.

1.2.4. Digital hjemmeoppfølging

Digitalisering av helsetjenester kan blant annet bidra til muligheten for å følge opp brukere som er spredt over store geografiske områder, der både reisevei og brukerens ressurser vanskeliggjør fysiske besøk hos helseforetak (Solberg, 2021, s. 5). COVID-19-pandemien og påfølgende restriksjoner for fysiske møter har videre aktualisert og stimulert implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i oppfølging av brukere (Solberg, 2021, s. 1). Med bakgrunn i rapporten «Morgendagens omsorg» ble det i 2014 iverksatt et Nasjonalt program for implementering av velferdsteknologi der underliggende samfunns mål identifiseres som at brukere og pasienter som følger av satsningen skal oppleve økt trygghet og bedre helse, økt mestring og evne til å ivareta egen helse, og være mer tilfreds med oppfølgingen fra helse og omsorgstjenestene. I tillegg inkluderes et mål om samfunnsøkonomiske gevinster og økt omsorgskapasitet (Helsedirektoratet, 2022).

En form for velferdsteknologi som har blitt utprøvd er digital hjemmeoppfølging (DHO), på engelsk omtalt som «telemonitoring». Tjenesten innebærer bruk av teknologiske løsninger som gjør at helse- og omsorgstjenesten kan følge opp brukere med blant annet kroniske lidelser i hjemmet (Helsedirektoratet, 2020). Tjenesten omfatter måleapparater brukeren har i hjemmet sitt, og en tilknytning til en respons- eller oppfølgingstjeneste gjennom et medium for videokommunikasjon eller en telefonlinje. Brukeren utfører sine egne målinger, som deretter vurderes av oppfølgingstjenesten. På bakgrunn av vurdering av målingene, brukerens behov og tjenestens omfang gir oppfølgingstjenesten faglig støtte og veiledning. For eksempel kan vurderingen gjelde om pasientens symptombilde nødvendiggjør kontakt med fastlege eller legevakt.

1.3. Formål og problemstilling

Velferdsteknologi er spådd å være en god ressurs for at det norske helsevesenet skal kunne møte fremtidens hjelpebehov og bidra til mestring hos brukere med kroniske lidelser (NOU: 2011: 11). Målet om egenmestring kan identifiseres i sykepleiers helsefremmende funksjon. Oppgavens hensikt er å undersøke i hvilken grad digital hjemmeoppfølging kan være en ressurs som bidrar til mestring, på bakgrunn av brukerens egne opplevelser. Oppgavens problemstilling formuleres som følger:

Hvordan kan digital hjemmeoppfølging bidra til mestring hos hjemmeboende voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Oppgaven er utformet som en litteraturstudie, der jeg har fordypet meg i et aktuelt kunnskapsfelt og analysert resultater fra eksisterende forskning, funnet via systematiske litteratursøk i relevante databaser (Forsberg og Wengström, 2016, s. 27).

Før selve søket leste jeg relevant litteratur for å få en forståelse for eksisterende teori og begrepsbruk innenfor fagfeltet og kunne formulere en problemstilling. Aktuelle søkeord ble funnet gjennom å sette opp et PICO-skjema for å identifisere relevante begreper i problemstillingen. Begrepene ble forsøkt oversatt for å kunne brukes ved søk i engelskspråklig litteratur, slik presentert i tabell 2.1. Jeg inkluderte ikke C-punktet som omhandler en sammenlignende faktor, da dette ikke var aktuelt for spørsmålet som undersøkes. Det ble foretatt initialsøk for å undersøke søkeordenes relevans, og PICO-skjemaet ble oppdatert ettersom nøkkelord, synonymer og databasenes egne emneord for begrepene ble funnet i artikler som omhandlet tematikken. Blant annet ble et opprinnelig bruk av søkeordet tele* med trunkering spisset til «telemonitoring» da det er store begrepsvariasjoner innenfor fagfeltet og «telemonitoring» var hyppigst brukt om den valgte intervensjonen.

Nye systematiske søk ble gjennomført, og resultatene ble kritisk vurdert med tanke på kvalitet og relevans for oppgaven før de ble inkludert slik kravene er for en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2016, s. 27).

Tabell 2.1 PICO-skjema

	P (Population)	I (Intervention)	(C) (Comparison)	O (Outcome)
Begreper fra problemstilling	Hjemmeboende KOLS Kronisk obstruktiv lungesykdom	Digital hjemmeoppfølging Digitalt tilsyn Telemedisin		Kvalitative opplevelser Mestring Egenmestring
Engelsk	EMNEORD: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (MeSH) Home Care Services (MeSH) FRITEKSTORD: Home*	EMNEORD: Telemedicine FRITEKSTORD: Telemonitoring		EMNEORD: Self care (MeSH) Self-management (MeSH) Qualitative research FRITEKSTORD: Qualitative

	COPD			Experience*
				Perception*

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble definert, for å vurdere artiklenes relevans for den aktuelle problemstillingen. Kriteriene presenteres i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Hjemmeboende	Pasienter innlagt på sykehus
KOLS-diagnose	Andre diagnoser
Bruk av måleapparater med digital dataoverføring samt tilknyttet IKT for oppfølging	Velferdsteknologiske enkeltprodukter for å tilrettelegge for andre behov for eksempel fysisk bevegelse Pulmonary rehabilitation (treningsformål) og «telerehabilitation»
Kvalitative studier	
Brukerperspektiv	
Fagfellevurderte artikler/tidsskrift	
IMRAD-struktur	
Artikler publisert etter 2011	Artikler publisert før 2012

Fagfellevurdering og IMRAD-struktur som kriterier hadde sitt grunnlag i bacheloroppgavens retningslinje om at datamaterialet skal bestå av forskningsartikler. Artiklene måtte omhandle hjemmeboende personer med KOLS-diagnose, da det er oppfølging av denne diagnosen i perioder der personen ikke er innlagt jeg ville undersøke. Velferdsteknologiske intervensjoner for KOLS-brukere kan også være hjelpemidler som kompenserer for fysisk funksjonssvikt i forbindelse med KOLS eller bruk av digitale fysioterapierte treningsprogram for å bedre lungefunksjon. Derfor avgrenset jeg digital hjemmeoppfølging til bruk av måleapparater med digital dataoverføring tilknyttet IKT. Det er KOLS-brukerens tanker, holdninger og meninger rundt intervensjonen jeg var interessert i, derfor var det forskning som undersøker brukerperspektivet og kvalitative opplevelser jeg ville inkludere (Dalland, 2017, s. 52-53). Da flere publiserte studier inkluderer helsepersonells synspunkter på brukernes mestring var dette ikke et eksklusjonskriterium, men kun brukerens subjektive opplevelser ble tatt hensyn til i analysen. Jeg satt videre en avgrensning for publisering til ti år tilbake i tid, for å sørge for relevant forskning. Tidsaspektet er særlig gjeldende med hensyn til at velferdsteknologi som satsingsfelt er relativt nytt.

2.3. Søkestrategi og søkehistorikk

Datamaterialet oppgaven tar utgangspunkt i er innhentet via systematiske søk i helsefaglige forskningsdatabaser. Databasene Medline og PubMed ble valgt ut ifra anbefaling fra Universitetsbiblioteket til NTNU på bakgrunn av helsefaglig og sykepleiefaglig fokus (NTNU, u.å.). Søkeord fra det ferdigstilte PICO-skjemaet ble kombinert i avanserte søk via de boolske operatorene OR og AND. Avgrensning til engelskspråklige artikler eller artikler på nordiske språk publisert etter 2011 ble benyttet, samt status som «clinical trial» ved søk i PubMed. Opplevelse av en intervensjon kan vurderes som dets effekt, derfor var mange av søkeresultatene randomiserte kontrollstudier (RCT). Da jeg ikke ønsket å utelukke kvalitative studier som var del av en slik RCT-studie, valgte jeg å manuelt vurdere søkeresultatene i forhold til denne karakteristikken. Søkehistorikken som ledet frem til de utvalgte artiklene er presentert i tabell 2.3.

Tabell 2.3 Søkehistorikk

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	26.04.2022	S1.	COPD.mp. OR exp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/		82176	
		S2.	home*.mp. OR exp Home Care Services/		284303	
		S3.	exp Telemedicine/ OR telemonitoring.mp.		41391	
		S4.	self-management.mp. OR exp Self Care/ OR exp Self-Management/		76219	
		S5	exp Qualitative Research/ OR qualitative.mp.		304717	
		S6	experience*.mp.		1243859	
		S7	perception*.mp.		492994	
		S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7		1920177	
		S9	S1 AND S2 AND S3 AND S8		100	
		S10	S9	År 2012 – i dag, engelskspråklig	78	A, B, C, D
PubMed	29.04.22		chronic obstructive pulmonary disease OR COPD		99523	
		S2	telemonitoring OR telemedicine		50775	

		S3	self-management OR experience* OR perception* OR qualitative		1975544	
		S5	S1 AND S2 AND S3		245	
		S6	S5	År 2012 – i dag, engelsk-, norsk- svensk- eller danskepråklig, «clinical trial»	45	E, F, G

Inkluderte artikler:

- A. Gorst, S. L., Coates, E., & Armitage, C. J. (2016). "It's Sort of a Lifeline": Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients' Experiences of Home Telehealth. *Health Psychology, 35*(1), s. 60–68. <https://doi.org/10.1037/hea0000246>
- B. Gale, N. & Sultan, H. (2013). Telehealth as 'peace of mind': embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder. *Health & Place, 21*, s. 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.01.006>
- C. Fitzsimmons, D. A., Thompson, J., Bentley, C. L., & Mountain, G. A. (2016). Comparison of patient perceptions of Telehealth-supported and specialist nursing interventions for early stage COPD: A qualitative study. *BMC Health Services Research, 16*(1), s. 420–420. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1623-z>
- D. Lundell, S., Modig, M., Holmner, Åsa, & Wadell, K. (2020). Perceptions of home telemonitoring use among patients with chronic obstructive pulmonary disease: Qualitative study. *JMIR mHealth and uHealth, 8*(6). <https://doi.org/10.2196/16343>
- E. Nissen, I. & Lindhardt, T. (2017). A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. *International Journal of Medical Informatics, 107*, s. 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004>
- F. Barken, T. L., Thygesen, E., & Söderhamn, U. (2018). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), s. 132–142. <https://doi.org/10.1111/jocn.13857>
- G. Fairbrother, P., Pinnock, H., Hanley, J., McCloughan, L., Sheikh, A., Pagliari, C., & McKinstry, B. (2013). Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study embedded in a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 93*(3), s. 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.003>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Et førsteinntrykk av artiklenes relevans ble dannet på bakgrunn av ordlyden i artiklenes overskrift og presentasjon av studiene beskrevet i abstraktet. Videre ble de definerte inklusjons- og eksklusjonskriteriene vurdert. Fagfellevurdering ble bekreftet gjennom å søke artiklene opp på oria.no. Alle artiklene som ble vurdert hadde et kvalitativt studiedesign, derfor valgte jeg å bruke Helsebibliotekets «Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier» (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisten tar hensyn til om tema og formål med studien er klart formulert, om datasamlingsmetoden og deltakere er gjort rede for, samt om resultatene er tydelig presentert. Overførbarhet til norsk helsetjeneste ble vurdert, før det til slutt ble tatt stilling til resultatenes relevans for min problemstilling. På bakgrunn av vurderingsprosessen ble 7 aktuelle artikler inkludert i litteraturstudien.

2.5. Analyse

Analysen av data er foretatt etter Evans' (2002) sin prosess for syntetisering. Prosessen omhandler fire steg, som presenteres i tabellen under.

Tabell 2.4 Evans' analyseprosess

Steg	Beskrivelse
Steg 1	Det første steget innebærer utvelgelse av data slik jeg har presentert i kapittel 2.2, 2.3 og 2.4.
Steg 2	Steg 2 innebærer å identifisere hovedfunn i artiklene gjennom å lese dem gjentatte ganger og hente ut utsagn og opplevelser som er fremhevet eller gjentakende, slik at resultatene brytes ned til sine nøkkelkomponenter.
Steg 3	I steg 3 samles de nevnte hovedfunnene fra de ulike artiklene og kategoriseres i overordnede temaer. Undertemaer der fokus og innenfor hovedtemaene differensierer mellom artiklene identifiseres også, og variasjoner i funn blir på nytt undersøkt.
Steg 4	I det fjerde og siste steget presenteres syntesen av funnene og knyttes opp mot de opprinnelige artiklene for å validere analysen som er gjort.

I denne oppgaven presenteres steg 2 og 3 i tabell 2.5, og analysen i steg 4 i kapittel 3.2.

Tabell 2.5 Analyse av hoved- og undertemaer

Hovedtema	Undertema	Artikler som omhandler temaene
Økt kunnskap om egen sykdom	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kunnskap om KOLS generelt, forståelse av egne symptomer, variasjoner, når en har behov for hjelp 2. Å kunne ta informerte valg rundt egen behandling og mestre forverringer selv 	A, B, C, D, E, F, G
Opplevelse av trygghet, bedre tilgang til helsehjelp	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opplevelsen av å bli våket over 2. Trygghet ved angst og panikkfølelse 3. Tilgang til helsehjelp 	A, B, C, D, E, F, G
Interaksjonen med helsepersonell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Videokonsultasjon vs. fysisk møte 2. Viktigheten av kontakt/relasjon 3. Samme personell – som kjenner brukeren 	A, B, C, D, E, F
Opplevelse av teknologien og belastning i hverdagen	<ol style="list-style-type: none"> 1. At en selv klarer å mestre teknologien og at den er pålitelig 2. Teknologien som en belastning i hverdagen/hjemmet 	B, C, D, E, F

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
Gorst, S. L., Coates, E., & Armitage, C. J. (2016). "It's Sort of a Lifeline": Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients' Experiences of Home Telehealth. <i>Health Psychology, 35</i> (1), s. 60–68. https://doi.org/10.1037/hea0000246	Hensikt: Å undersøke oppfatninger/ erfaringer med DHO blant KOLS-brukere som har benyttet seg av tjenesten i seks måneder til tre år, der bruken ikke skyldes deltakelse i en studie.	Kvalitativt studiedesign med analyse via fortolkende fenomenologisk metode. Semistrukturerte intervjuer med åtte KOLS-brukere, som hadde fulgt et bestemt målemønster. Intervjuene ble gjennomført i brukernes hjem.	Fire overordnede tema ble identifisert: 1. Opplevelse av «overvåkning» som bidragsytende til følelse av «sjelero» 2. Læring om helsetilstanden og betydning for egenmestring 3. Engasjement i helsetjenesteutøvelsen og bedre tilgang på helsehjelp 4. Viktigheten av personlig omsorg (in-person care)	Gjennomført i England i 2013. Relevant fordi det undersøker kvalitativ opplevelse og brukererfaringer med funn relatert til egenmestring og kunnskap om sykdommen, i tillegg til viktigheten av forholdet mellom bruker og pleier. Inkluderer reelle DHO-brukere, ikke kun bruk til studiens formål, noe som er positivt fordi man undersøker opplevelser etter bruk over lengre tid.

<p>Gale, N. & Sultan, H. (2013). Telehealth as 'peace of mind': embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder. <i>Health & Place, 21</i>, s. 140–147. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.01.006</p>	<p>Hensikt: Dokumentasjon av KOLS-brukeres opplevelser etter bruk av oppfølgings-teknologi som supplement til en lokal respirasjonsoppfølgingstjeneste i 9 måneder. Dette ble gjort for å få en forståelse av hvordan de inkorporerte teknologien i hverdagen og hjemmet sitt, samt kvalitativ info om hvilken verdi de opplevde av bruken.</p>	<p>Kvalitativt studiedesign. Bruk av «situated interviewing», en hybrid mellom intervju og observasjon. Brukere ble intervjuet i hjemme, altså i sin vante atmosfære. Her fikk deltakerne vise og fortelle om sin bruk av teknologi for KOLS-monitorering. Syv inkluderte brukere med ulike grader av KOLS og ulike bosituasjoner. Objektene aldersspenn var 57-85 år.</p>	<p>Brukerne opplevde at hjemmet til en viss grad var transformert til et teknologisk «health space» i forbindelse med pleie av KOLS-diagnosen, og at DHO-utstyret ikke var utslagsgivende for opplevelsen.</p> <p>Oppfølgingen bidro til verdier i form av bedre kontakt med helsepersonell samt selvtillit i egenmestring av sykdommen, og en generell opplevelse av «ro» i hverdagen.</p> <p>DHO hjalp videre på grad av panikkfølelse og isolasjon ved mestring av episoder der man opplevde forverring.</p>	<p>Fra 2012/2013 i England, men teknologibruken tilsvarer det som blir utprøvd i Norge i dag. Intervjumetode som gjør funnene troverdige. Relevant ved å undersøke kvalitative og videre følelsesmessige opplevelser ved implementering av IKT ikke bare i behandlingen, men opplevelser når teknologien blir fremtredende i hjemmet.</p>
--	--	--	---	---

<p>Fitzsimmons, D. A., Thompson, J., Bentley, C. L., & Mountain, G. A. (2016). Comparison of patient perceptions of Telehealth-supported and specialist nursing interventions for early stage COPD: A qualitative study. <i>BMC Health Services Research</i>, 16(1), s. 420–420. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1623-z</p>	<p>Hensikt: Å kvalitativt undersøke KOLS-brukeres opplevelser av DHO i oppfølging i en åtte uker lang periode etter innleggelse for KOLS-forverring, opp mot oppfølging av spesialsykepleier .</p>	<p>Kvalitativ studie der ni brukere deltok gjennom semi-strukturerte intervjuer og 17 brukere svarte på semi-strukturerte selv-administrerte spørreskjema. I tillegg ble tre helsepersonell intervjuet, men deres synspunkter inkluderes ikke i litteraturstudien s analyse.</p>	<p>Syv tema ble identifisert som betydningsfulle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerdemografi 2. Relevant informasjon 3. Installasjonen og tilstedeværelse av teknisk utstyr i hjemmet 4. Funksjonaliteten til telehelseutstyret 5. Besøk 6. Avslutning av utprøvingen/fjerning av utstyr 7. Opplevelse av tjenesten <p>Brukerne opplevde blant annet at å bli «våket over» reduserte angst- og panikkfølelse, at de kunne bruke målinger til å selv bli roligere, og at tjenesten ga bedre samarbeid med helsetjenesten.</p>	<p>Fra England. Kommenterer i hvilken grad tjenesten bidro til økt kunnskap om egenlidelse, hvordan brukerne opplevde teknisk forståelse samt å ha teknisk utstyr i hjemmet. Videre belyses trygghetsfølelse, kvalitet i interaksjonen med helsepersonell, og viktigheten av tid og tilgjengelighet som nødvendige kvaliteter i tjenesten.</p>
--	---	--	--	--

<p>Lundell, S., Modig, M., Holmner, Åsa, & Wadell, K. (2020). Perceptions of home telemonitoring use among patients with chronic obstructive pulmonary disease: Qualitative study. <i>JMIR mHealth and uHealth</i>, 8(6). https://doi.org/10.2196/16343</p>	<p>Hensikt: Å undersøke KOLS-brukeres opplevelser/oppfatninger etter DHO i to til fire måneder. Videokommunikasjon/kommunikasjon med helsepersonell som del av tjenesten var ikke del av utprøvningsstjenesten på tidspunktet studien ble gjennomført.</p>	<p>Kvalitativ studie som er del av et større prøveprosjekt med utprøving av DHO. Semistrukturerte intervjuer med åtte kvinner og fem menn med KOLS, som alle hadde brukt DHO for å måle lungefunksjon, subjektive symptomer og O2-saturasjon i to til fire måneder. Halvparten av intervjuene ble gjennomført i brukernes hjem, resten per telefon eller på sykehus. Dataene ble deretter transkribert og analysert.</p>	<p>Fire kvalitative tema ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usikkerhet ved bruk 2. Påvirkning på teknisk selvtillit 3. Enkel tilgang til helsehjelp 4. Økt kontroll over egen sykdom. <p>Initial usikkerhet rundt behandlingen gikk over tid over til selvtillit og opplevelse av egenmestring. Tjenesten ble vurdert som et godt tilskudd til eksisterende tjenester, men ikke en fullverdig erstatning til menneskelig kontakt gjennom videokommunikasjon/tradisjonell pleie.</p>	<p>Publisert i 2020 og fra Sverige, så svært aktuell til norske forhold i dag. Undersøker nettopp kvalitative opplevelser rundt IKT-bruk, og identifiserer funn rundt økt opplevelse av kontroll over egen sykdom og egenmestring i hverdagen, Kommenterer også IKT-bruk opp mot tradisjonell sykepleierinteraksjon, og viktigheten av å oppleve at noen følger med på tilstanden din og er tilgjengelig ved behov.</p>
---	---	--	--	---

<p>Nissen, I. & Lindhardt, T. (2017). A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. <i>International Journal of Medical Informatics (Shannon, Ireland)</i>, 107, s. 11–17. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004</p>	<p>Hensikt: Belyse stabile KOLS-brukeres kvalitative opplevelser med digital hjemmeoppfølging som erstatning for jevnlig oppfølging på poliklinikk.</p>	<p>Kvalitativ studie der brukerne fikk prøve DHO i seks måneder. Semistrukturerte intervjuer ble deretter gjennomført med 14 utvalgte respondenter (åtte kvinner og seks menn) fra en større randomisert kontrollstudie. Aldersspennet på deltakerne var 55-83 år. 12 deltakere ble intervjuet via videokommunikasjon, to i eget hjem.</p>	<p>Tre overordnede tema ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opplevelse av trygghet og kontroll 2. Kunnskap om egen sykdom 3. Fordeler med virtuell konsultasjon <p>Brukerne fortalte om følelse av velvære og trygghet fordi de opplevde at sykepleiere «holdt øye» med dem og ville gripe inn ved behov. De opplevde hjelpemidlet som en «lifeline» til poliklinikken. Tjenesten resulterte i opplevelse av økt bevissthet og egenmestring relatert til sykdommen. Videre ble møter over video opplevd som mindre stressende og mer fokusert enn polikliniske konsultasjoner. Oppfølging av samme helsepersonell ble trukket fram som avgjørende for god opplevelse.</p>	<p>Fra Danmark, som både har et tilsvarende helsevesen og styres etter et prinsipp om velferdsstat, og begynte sin satsning på velferdsteknologi samtidig som Norge. Kommenterer hvilken effekt det har å bli fulgt med på av et dedikert helsepersonell, og belyser positive sider ved bruk av videokonsultasjon, samtidig som viktigheten av god relasjon med pleier trekkes fram som essensielt. Viser også hvordan DHO bidro til at brukerne tok større ansvar i egen reaksjon på forverringer, både for å minske bekymring og å møte de fysiske utfordringene/symptomene.</p>
--	---	--	--	--

<p>Barken, T. L., Thygesen, E., & Söderhamn, U. (2018). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. <i>Journal of Clinical Nursing, 27</i>(1-2), s. 132–142. https://doi.org/10.1111/jocn.13857</p>	<p>Hensikt: Å beskrive opplevelsene av livskvalitet blant en gruppe KOLS-brukere som hadde brukt DHO som intervensjon i en til tre måneder etter innleggelse for KOLS-forverring.</p>	<p>Kvalitativ studie med bruk av fenomenologisk analysemetode. Del av et større prosjekt gjennomført i Sør-Norge. Innsamling av data ble gjennomført ved dybdeintervjuer med ti brukere, tre kvinner og syv menn. Aldersspennet på deltakerne var på 61-80 år.</p>	<p>Tre overordnede tema ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De fysiske og psykiske begrensningene som kommer med en KOLS-diagnose, og at de kan føre til lavere livskvalitet. 2. Opplevelser med de tekniske løsningene og sykdomsinnsikt. Telemedisinsk oppfølging viser seg i denne studien å ha bidratt til økt sykdomsinnsikt, bedre støtte fra helsepersonell, og et «felles klinisk språk», som alle til sammen førte til opplevelse av økt livskvalitet. 3. Hvorvidt DHO ble oppfattet som en belastning i hverdagen. 	<p>Gjennomført i Norge, så viser opplevelser etter bruk i norsk kontekst. Forklarer både hvilke barrierer KOLS-brukere har for opplevd livskvalitet, og relaterer DHO til disse og bidrag til egenmestring gjennom kliniske forståelse. Studien bidrar i tillegg et realistisk blikk på forskjeller i grad av KOLS og hvordan dette påvirker om tjenesten utelukkende er positiv, eller om den også kan oppleves som en hindring.</p>
---	--	--	---	---

<p>Fairbrother, P., Pinnock, H., Hanley, J., McCloughan, L., Sheikh, A., Pagliari, C., & McKinstry, B. (2013). Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study embedded in a randomized controlled trial. <i>Patient Education and Counseling</i>, 93(3), s. 403–410. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.003</p>	<p>Hensikt: Å utforske brukere og helsepersonells tanker omkring egenmestring samt dynamikk i pasient-pleierforholdet i kontekst av DHO over en periode på seks måneder hos brukere med KOLS.</p>	<p>Kvalitativ studie som del av en større randomisert kontrollstudie. Semi-strukturerte intervjuer med 38 KOLS-brukere med en gjennomsnittsalder på 67,5 år, som hadde deltatt i et utprøvningsprosjekt med DHO. 32 helsepersonell ble i tillegg intervjuet, men deres utsagt er ikke inkludert i analysen i denne oppgaven.</p>	<p>Brukerne opplevde at DHO bidro til empowerment og økt egenmestring ved å øke deres forståelse av KOLS, gjennom å gjenkjenne egne normalverdier og å kunne bruke dem for å vurdere egen tilstand og kapasitet i hverdagen, samt bidra til rettferdiggjøring av deres avgjørelser for endring av behandling og oppsøking av helsehjelp. Brukerne følte trygghet i å bli «holdt øye med», og at DHO bidro til enklere tilgang til helsehjelp.</p>	<p>Fra Skottland. Bidrar til kunnskap om hvordan DHO kan bidra til å ta bedre valg rundt egen helse, hvordan intervensjonen fasiliterte for økt samt bedre kontakt med helsevesenet, i motsetning til hva brukerne hadde opplevd i tidligere oppfølging. Kommentterer også opplevelser rundt å bli «holdt øye med».</p>
--	--	--	---	---

3.2. Presentasjon av resultater

I dette kapitlet presenteres den tematiske analysen av studiene. Hovedfunnene er tematisert etter funn om økt kunnskap og deltakelse i egen behandling, overvåkning og tilgang til helsehjelp som årsak til trykghetsopplevelse, interaksjon med helsepersonell og bruk av det teknologiske utstyret.

3.2.1. Økt kunnskap om egen tilstand og deltakelse i egen behandling

Funn i analysen peker på at DHO bidro til at brukere fikk økt kunnskap om KOLS, og ble mer aktive i søken etter kunnskap (Barken, Thygesen & Söderhamn, 2018; Fairbrother, Pinnock, Hanley, McCloughan, Sheikh, Pagliari & McKinstry, 2013; Nissen & Lindhardt, 2017). I alle artiklene ga DHO brukerne en opplevelse av økt forståelse av eget sykdomsbilde. Gjennom å få en oversikt over variasjon i egne symptommønstre fikk deltakere innsikt i hvilke målinger som krevde handling (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons, Thompson, Bentley & Mountain, 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst, Coates & Armitage, 2016; Lundell, Modig, Holmner & Wadell, 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). Å få bekreftelse når helsepersonellet også vurderte at tiltak måtte iverksettes bidro til økt deltakelse fra brukeren selv (Barken et al., 2018; Nissen & Lindhardt, 2017).

Der brukerne tidligere ventet med å si ifra til helsetjenesten ved forverring, tok brukerne nå raskere grep ved å ringe, sende målinger oftere eller sende inn prøver for dyrkning (Nissen & Lindhardt, 2017). I samme studie hadde flere deltakere funnet på egne tiltak som gymnastikk, gåturer og kaldt vann på håndledd for å redusere puls slik at man fikk kontroll over tilstanden når målingene avviket. I andre studier brukte deltakerne blant annet saturasjonsmålinger for å forstå hvordan egen kropp responderte på ulike fysiske aktiviteter og til å vurdere egen kapasitet med tanke på å kunne delta i aktiviteter (Fairbrother et al., 2013; Lundell et al., 2020).

Brukere fortalte at den nye kunnskapen om KOLS og forståelsen av sykdomsbildet etter bruk av tjenesten ga økt selvtillit til å ta valg rundt egen behandling, for eksempel rundt egenmedisinering eller behovet for å ta kontakt med helsevesenet etter (Fairbrother et al., 2013; Gale & Sultan, 2013; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). I studien gjennomført av Barken et al. (2018), bidro målingene til et felles klinisk språk med helsepersonellet som bedret kommunikasjonen. Brukerne opplevde pleien som et «samarbeid». Noen følte imidlertid at økt kunnskap ikke utelukkende var positivt, det kunne også bli en plagsom påminnelse om de negative sidene ved livet med KOLS (Barken et al., 2018; Nissen & Lindhardt, 2017).

3.2.2. Overvåkning og tilgang til helsehjelp gir opplevelse av trygghet

Et hovedfunn i analysen av artiklene tyder på at DHO bidro til trygghetsfølelse for brukeren (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). Grunnlaget for denne tryggheten lå i at brukerne visste at det satt en kvalifisert person og overvåket dem. Helsepersonellet kunne dermed fange opp endringer i tilstand som krevde tiltak, og ta kontakt for å iverksette de nødvendige tiltakene (Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017). Flere brukere identifiserte begrepet «peace of mind» eller «ro til sinns» om effekten av å bli «våket over» (Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Gale & Sultan, 2013). I studien til Gorst et al. (2016) kommenterte deltakere at DHO opplevdes som å ha en annen person i nærheten til å passe på seg, og at tjenesten forhindret innleggelser på sykehus.

Flere av deltakerne i studiene opplevde trygghet fordi de brukte tjenesten til å roe egne subjektive symptomer ved å vurdere dem opp mot målinger (Barken et al., 2018; Gorst et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017). Dermed kunne man på en pålitelig og rasjonell måte få avkrefet og skille en eventuell forverring fra angst uten å måtte ta kontakt med helsetjenesten (Barken et al., 2018). I én studie bidro tryggheten i seg selv til mindre hyperventilering og dyspné (Nissen & Lindhardt, 2017). En liten gruppe i samme studie opplevde ikke denne tryggheten, og la seg inn på sykehus før de tok kontakt med den som overvåket. Enkelte brukere følte at de hadde blitt «avhengige» av pulsoksymetri-måleren, noe som ga negativ påvirkning på livskvalitet (Barken et al., 2018). Andre deltakere trodde mye av tryggheten ville forsvinne dersom DHO-tjenesten forsvant (Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013).

3.2.3. Interaksjon med helsepersonell

En tematikk som ble tatt opp i flere studier var kommunikasjonen med helsepersonell. I forhold til ordinære konsultasjoner opplevde brukerne i studien til Nissen & Lindhardt (2017) at videokonsultasjoner var behagelige, avslappende og trygge. Sykehuskonsultasjoner med fysisk oppmøte skapte stress grunnet lang reisevei og en redsel for å ikke finne parkeringsplass eller komme tidsnok (Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). Respondentene var også redde for å pådra seg mulige infeksjoner fra andre på sykehuset (Lundell et al., 2020).

På tross av geografisk avstand mellom bruker og helsepersonell, ble den digitale oppfølgingen oppfattet som nær (Barken et al., 2018; Nissen & Lindhardt, 2017). Brukerne uttrykte opplevelse av bedre tid og fokus på deres situasjon ved bruk av videokommunikasjon. Personlig kontakt og sykepleiernes tilgang til målinger gjorde at brukerne opplevde at sykepleierne raskt fikk et godt overblikk i konsultasjoner, noe som kunne brukes videre ved akutte forverringer. Den opplevde nære kontakten førte til mer «ærlige» svar og at det ble enklere å snakke om egen helse, ifølge brukerne i studien til Nissen & Lindhardt (2017). Likevel var brukerne i samme studie klare på at det er lettere

å prate om psykologiske aspekter ved situasjonen sin når man sitter fysisk overfor en person.

Et savn etter fysiske møter og den sosiale kontakten det muliggjør ble uttalt i flere studier (Fitzsimmons et al., 2016; Gorst et al., 2016; Lundell et al., 2020). I studien til Gorst et al. (2016) mente enkelte deltakere at ansikt-til-ansikt-kontakt ga helsefordeler som ikke kunne oppnås av DHO. Dette kunne være relatert til oppklaring av usikkerheter rundt bruk av utstyr eller diskusjon av egen tilstand, og muligheten til å se pleieres reaksjon på informasjon. Brukerne i studien til Nissen & Lindhardt (2017) følte likevel at det var fullt mulig å tolke ansiktsuttrykkene til sykepleier gjennom skjermen. Andre deltakere foretrakk DHO over personlig kontakt, fordi man fikk tettere oppfølging. Brukere opplevde at DHO kunne gjøre samme jobb som en besøkende pleier, bare hyppigere (Gorst et al., 2016). I avstandsoppfølgingen ble visuell kontakt med sykepleier trukket frem som avgjørende (Barken et al., 2018). Når teknologien streiket ble videodialogen erstattet med telefonsamtaler, og dette reduserte tilgjengelighet og støtte. Flere av brukerne fremhevet viktigheten av oppfølging av en fast sykepleier eller en som kjente til deres individuelle forutsetninger (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017).

Deltakere fortalte om skam rundt omfanget av hjelpebehovet hos brukere med KOLS. Flere hadde tidligere ofte utsatt å kontakte helsevesenet når de opplevde tegn til forverring fordi de ikke følte at de var «syke nok» til å skulle be om hjelp (Fairbrother et al., 2013; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016). Brukerne hadde erfaringer med at det var vanskelig å få time hos lege/sykehus ved behov (Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016). I mange tilfeller ventet brukerne så lenge med å kontakte helsevesenet at forverringen nødvendiggjorde innleggelse (Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016). Innleggelse ble i studien til Fairbrother et al. (2013) knyttet til å ikke ha fått hjelp raskt nok. Med DHO var kontakten opplevd som rask og nyttig og det å ta kontakt tidlig sett på som mer legitimert, noe som var betryggende (Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016). Brukere opplevde at DHO som tjeneste fasiliterte for bedre kontakt med helsepersonell, spesielt med tanke på rask hjelp ved behov (Barken et al.; Fairbrother et al., 2013; Gorst et al., 2016). Rask respons og støtte ble av flere identifisert som en viktig faktor for bidrag til trygghetsopplevelsen i situasjoner der brukeren er preget av angst (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013).

3.2.4. Bruk og implementering av det teknologiske utstyret i hjemmet

Opplevelse av selve teknologien som brukes i DHO ble belyst i flere studier. Funn tyder på at teknologien var lett å mestre og forstå (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). I studien til Lundell et al. (2020) var funnene noe varierende. Systemet ble av noen i sin helhet opplevd som komplisert, og disse brukerne slet med å forstå formålet med utstyret. Enkelte følte at målingene ga liten innsikt i egen tilstand i forhold til normalverdier, og mange etterspurte mer opplæring og informasjon kontinuerlig gjennom tjenesteforløpet (Fitzsimmons et al., 2016; Lundell et al., 2020).

Oksygensaturasjon ble målt i alle studier, i tillegg inkluderte studiene ulike målinger som puls, blodtrykk, temperatur, vekt og rapportering av subjektive symptomer (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). I alle studiene ble målingene vurdert av helsepersonell kort tid etter innsending, men i hvilken grad tjenesten inkluderte kontakt mellom brukeren og helsepersonell utover dette varierte. Der brukerne i studiene til Nissen & Lindhardt (2017) og Barken et al (2018) fikk daglige eller ukentlige videokonsultasjoner, ble de fleste kontaktet over video eller telefon dersom målingene avviket fra normalverdier. I tillegg kunne brukerne ta kontakt selv ved behov. Kun i studien til Lundell et al. (2020) var ikke digitale konsultasjoner eller respons ved avvikende målinger tilgjengelig for brukerne. Disse brukerne følte selv at respons ville kunne øke trykgheten og troen på at systemet fungerte, samt styrke opplevelsen av lett tilgang til helsehjelp og bedret kommunikasjon. Brukerne var innimellom usikre på om dataen de sendte ble mottatt, og tilfeller av tekniske feil med utstyret førte til opplevelse av frustrasjon, sinne, irritasjon og skuffelse. Også i studien til Barken et al. (2018) kunne teknologien svikte relativt ofte, og kvaliteten på videoen kunne være dårlig.

Flere av artiklene belyste hvorvidt teknologien ble oppfattet som en belastning i hverdagen for brukerne. Blant brukerne med svært fremskreden KOLS var en positiv innstilling fremtredende (Barken et al., 2018; Gale & Sultan, 2013). Disse hadde allerede begrensninger i mulighetene til å delta i aktiviteter på grunn av sykdommen, og anså oppfølgingen og den daglige kontakten som veldig positiv. Nødvendig behandling hadde allerede transformert hjemmet til et «main health space», og DHO-utstyret medførte ikke en voldsom endring (Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan; 2013). Noen brukere opplevde at målingene var lett å gjøre til en del av morgenrutinen, andre følte at det kunne bli et hinder i daglige rutiner og planer (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Lundell et al., 2020). Spesielt opplevde brukerne med moderat KOLS oppgaven som en belastning, særlig når de var i bedre form og ikke «hadde behov for støtte og tilgjengelighet» (Barken et al., 2018). Målingene kunne da heller bli en plagsom påminnelse om sykdommen og symptomer. Brukere følte på å være «lenket til tjenesten», fordi de tenkte så mye på systemet og måtte huske på å ta målingene, samt at målingene ikke kunne tas utenfor hjemmet (Lundell et al., 2020). I studien til Fitzsimmons et al. (2016) var deltakerne misfornøyde med at svar på tilstand kun ble registrert på morgenen, og ikke kunne endres utover dagen dersom formen endret seg. De fryktet samtidig at målingene kunne være påvirket av fysisk anstrengelse under morgenstellet.

4. Diskusjon

I dette kapittelet vil funnene i den tematiske analysen diskuteres opp mot problemstillingen: «Hvordan kan digital hjemmeoppfølging bidra til mestring hos hjemmeboende voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom?». Aktuell teori fra kapittel 1 og pensumlitteratur vil bli benyttet i drøftingen. Først drøftes aspektene ved DHO som har vist seg å kunne gi positive opplevelser for mestring av KOLS. Viktige forutsetninger for at tjenesten skal bidra til mestring trekkes frem. Utfordringer med DHO vil så bli drøftet. Til slutt diskuterer jeg styrker og svakheter med arbeidet med selve litteraturstudien, før jeg oppsummerer og konkluderer diskusjonen.

4.1. Mestring av fysiske symptomer ved hjelp av den digitale tjenesten

Mestring av KOLS forutsetter ressurser til å overkomme de utfordringene sykdommen skaper for brukeren (Kristoffersen, 2016a, s.247). KOLS-brukere kan på grunn av psykisk stress som følge av sykdommen ha behov for hjelp til å aktivere slike ressurser (Kristoffersen, 2016c, s. 355; Stubberud, 2019, s. 31). Introduksjonen til DHO der man måler sine egne symptomer kan være en slik ressurs, i form av at tjenesten øker kunnskap om egen sykdom (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Nissen & Lindhardt, 2017). Oppdagelsen av målingenes informasjon om egen tilstand kan sammenlignes med fase 3 i empowerment-prosessen (Kieffer, 1984, referert i Walseth & Malterud, 2004). Etter hvert som brukeren får en klinisk forståelse innledes fase 4 (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). I denne fasen gir kunnskap om sykdommens forløp, samt kjennskap til egne fysiske responser og kapasitet etter å ha utført målinger, brukeren selvtillit og mulighet til å teste tiltak for å mestre symptomendringer (Fairbrother et al., 2013; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). Brukerne bekrefter selv at å gjøre dette bidrar til opplevelse av empowerment, selvstendighet, og å mestre egen situasjon (Barken et al., 2018; Fairbrother et al., 2013; Gorst et al., 2016).

Etter hvert som brukerens forståelse og selvtillit øker, tyder funn i studiene på at brukerens handlingskompetanse og aktive deltakelse i egen behandling øker. Dette vises gjennom planlegging av dagen ut ifra egen tilstand og egne tiltak eller vurdering av behov for å oppsøke helsetjenesten i forbindelse med en forverring (Fairbrother et al., 2013; Gale & Sultan, 2013; Lundell et al., 2020; Nissen & Lindhardt, 2017). Disse klinisk-kompetente vurderingene kan tolkes som en del av den deltakende kompetansen i den endelige fasen av empowerment-prosessen (Kieffer, 1984, referert i Walseth og Malterud, 2004).

Styrking av kunnskap og selvstendighet kan betegnes som styrking av brukerens indre ressurser (Reitan 2010, s. 83-84). Utføring av målingene fører dog ikke nødvendigvis alene til kunnskap som kan utnyttes. Sykepleiers informasjon om målingenes relevans for brukerens sykdomsbilde trekkes fram som en forutsetning for å forstå formålet med tjenesten (Lundell et al., 2018). Et felles klinisk språk styrker kommunikasjonen, og sykepleiernes bekreftelse av brukernes egne vurderinger er avgjørende for å bygge opp selvtillit rundt egen kompetanse ved deltakelse i egen behandling (Barken et al., 2018; Nissen & Lindhardt, 2017). Slik kan sykepleiere gjennom DHO skape opplevelse av tilknytning (Eide & Eide, s. 155) og ivareta sin veiledende rolle i bemyndigelse av brukeren (Kristoffersen, 2016c, s. 351; Stubberud, 2019, s. 39). Bemyndigelsen forsterkes ved at brukerens kliniske forståelse kan bidra til å redusere ubalansen i maktforholdet som preger relasjonen (Haugan, 2014, s. 205). Ved å overføre makt gjennom veiledning og informasjon styrkes opplevelsen av et samarbeid med helsetjenesten, fremfor at brukeren er en passiv mottaker av hjelp (Kristoffersen, 2016c, s. 351).

Funnene fra analysen er likevel ikke entydige om at økt kunnskap etter DHO bidro til mestringsfølelse. Ifølge studiene til Nissen & Lindhardt (2017) og Barken et al., (2018) kan kunnskap om KOLS kunne føre til mer stress som må håndteres, i stedet for å bli en indre ressurs i mestring (Reitan, 2010, s. 83-84). Den salutogene tankegangen i sykepleiers informasjon og veiledning blir på denne måten et viktig bidrag til at tjenestens funksjon blir helsefremmende (Kristoffersen, 2016b, s. 51).

4.2. Digital hjemmeoppfølging som en trygghetsskapende faktor

For en bruker med KOLS blir mestring av egne tanker rundt symptombildet og subjektive symptomer en viktig komponent i en helhetlig mestring av egen situasjon (Kristoffersen, 2016c, s. 355). Overvåkningsaspektet ved den digitale hjemmeoppfølgingen kan bidra til å lindre utryggheten som mange KOLS-brukere lever med (Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017). Tjenesten eliminerer ikke risikoen for at forverring av dyspnéen oppstår, men kan redusere det negative stresset som må mestres (Kristoffersen, 2016a, s. 247). Dette oppnås ved at DHO kan fjerne et element i angsten, nettopp frykten for at ingen skal oppdage at forverringen inntreffer (Stubberud, 2019, s. 31). Tryggheten kan alene bidra til å lindre symptomene (Nissen & Lindhardt, 2017), slik at den psykiske belastningen reduseres (Stubberud, 2019, s. 31).

DHO kan fungere som en forlenget arm for sykepleieren som ikke har mulighet til å være hos brukeren fysisk, slik at hun likevel kan bistå med å tolke symptomer og forløpet og veilede til helsefremmende valg (Kristoffersen, 2016c, s. 351; Stubberud, 2019, s. 39). Nødvendigheten av å ha en veiledende sykepleier som raskt responderer på målingene for å oppleve trygghet i tjenesten aktualiseres av studiene til Barken et al. (2018), Fairbrother et al. (2013) og Lundell et al. (2020).

I tillegg til den overordnede tryggheten i å bli passet på dersom noe skulle skje, kan brukeren også aktivt benytte tjenesten til å selv mestre sine reaksjonsmønstre rundt symptomer (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017) og slik forhindre at situasjonen utvikler seg i negativ retning (Bakkellund et al., 2016, s. 135). På sikt kan tjenesten derfor bidra til at pasienter opplever personlig kontroll i møte med stressoren (Stubberud, 2019, s. 34). Dette blir et nytt eksempel på deltakende kompetanse, og styrker tanken om DHOs bidrag til brukerens empowerment (Kieffer, 1984, referert i Walseth og Malterud, 2004). Den deltakende kompetansen vil kunne være en ressurs i møte med det negative stresset brukeren lever med på grunn av sykdommen, slik at brukerens kapasitet ikke lenger overstiges i situasjonen og mestring opprettholdes (Stubberud, 2019, s. 30).

Et diskusjonsmoment rundt opplevelse av trygghet kan være om den positive opplevelsen for mestring kun er eksisterende så lenge tjenesten opprettholdes. Dersom tryggheten avhenger av tilgangen til målingene, vil tryggheten forsvinne dersom tjenesten opphører, og kan skape negative erfaringer for brukerne i etterkant (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013). Opplevelsen av å være avhengig viser seg også å påvirke brukerne negativt (Barken et al., 2018). På denne måten kan DHO redusere brukerens mestringsopplevelse ved at grunnlaget for tryggheten er midlertidig.

4.3. Sykepleier-pasient-interaksjonen og digital hjemmeoppfølging

Muligheten for sykepleier til å bidra til helsefremming og mestring avhenger ifølge Joyce Travelbee av et menneske-til-menneske-forhold mellom pleier og bruker (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 32), der tilknytning og tillit etableres gjennom kommunikasjon (Eide & Eide s. 155; Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34). Fordi den mellommenneskelige fysiske kontakten fjernes ved bruk av digital kommunikasjon i DHO, kan en derfor argumentere for at dette forholdet utfordres. Helheten i væremåten til den andre parten kan være vanskeligere å tolke når kommunikasjonen skal foregå gjennom et medium.

Resultatene viser likevel at digital kommunikasjon, så lenge den er visuell, kan være tilfredsstillende og bidra til et trygt rom å være sårbar i (Barken et al., 2018; Nissen & Lindhardt, 2017). Dette kan knyttes til muligheten tjenesten gir for helsepersonellet til å være dedikert til brukeren en snakker med uten å bli distraheret av faktorer rundt (Barken et al., 2018; Lundell et al., 2020). Oversikten helsepersonellet som kommuniserer har over brukerens forløp gjennom tilgang digitalt, virker å bidra til et syn på helsehjelpen som god (Nissen & Lindhardt, 2017). Dette begrunnes i at brukerne opplever at hjelpen som gis er basert på kunnskap om deres individuelle situasjon, i tillegg til den faglige kompetansen sykepleier sitter på. På denne måten gir kommunikasjonsformen rom for oppmerksomheten som er nødvendig for at sykepleien kan ta utgangspunkt i brukerens egen opplevelse av situasjonen slik teorien til Travelbee beskriver (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 30). DHO kan dermed tilrettelegge for tillit i enkeltkonsultasjoner og gjentatte møter (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34-35). At det oppleves enkelt å prate om egen helse (Nissen & Lindhardt, 2017), tyder på at pasientens behov relatert til sårbarhet har blitt ivarettatt i den digitale

interaksjonen (Haugan, 2014, s. 206). På grunn av dette får sykepleierens kompetanse den troverdigheten som er nødvendig for å veilede brukeren på en god måte på veien mot deltakende kompetanse og mestring (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34-35; Stubberud, 2019, s. 25).

Ikke alle funnene støtter at digital kommunikasjon ivaretar forholdet til pleier på samme måte som fysiske møter gjør (Fitzsimmons et al., 2016; Gorst et al., 2016; Lundell et al., 2020, Nissen & Lindhardt, 2017). På en annen side viser analysen at noen brukere vurderer den tette oppfølgingen DHO gir, som viktigere enn det fysiske aspektet (Gorst et al., 2016, Nissen & Lindhardt, 2017).

Et opplevd samarbeid avhenger videre av en kontinuitet i hvem som utfører pleien (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017) Funnene aktualiserer Travelbees oppfatninger om opparbeiding av det mellom-menneskelige-forholdet (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34-35). Det at den digitale kommunikasjonen oppleves tilfredsstillende, og at sykepleier har kontroll over sykdomsbildet, vil ikke alene kunne ivareta det forholdet som er sentral for utøvelsen av sykepleie og opplevelse av omsorg (Haugan, 2014, s. 205-206; Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 32). Opplevelse av tilknytning til faste pleiere er likevel en faktor som helsetjenesten bør etterstrebe å ivareta uavhengig av om konsultasjonene foregår digitalt eller fysisk, da sosial støtte er en viktig faktor for brukerens mestring av stress og blir en ytre ressurs som kan styrke brukerens empowerment (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34-35; Reitan, 2010, s. 83-84).

Så lenge tjenesten innebærer responsiv oppfølging, kan muligheten digital kommunikasjon gir til å raskt oppnå kontakt med kompetent helsepersonell bidra til opplevd bedre tilgang til helsehjelp (Barken et al., 2018; Gale & Sultan; 2013; Gorst et al., 2016; Fairbrother et al, 2013). Ved å oppleve at ens behov blir anerkjent og at man får kompetent hjelp, vil brukerens forhold til helsepersonell og helsevesenet generelt kunne bli styrket (Travelbee, 1999, referert i Kristoffersen, 2016b, s. 34-35). Dette kan føre til at brukeren blir mer tilbøyelig til å ta kontakt, slik at man får nødvendig hjelp i tide (Fairbrother et al., 2013; Gale & Sultan, 2013; Gorst et al., 2016). Dersom DHO bidrar tilgjengeliggjøring av helse- og omsorgstjenester, kan tjenesten bidra til å styrke enda en ytre ressurs hos pasienten på veien mot mestring (Reitan, 2010, s. 83-84). Gjennom legitimering og tilgjengeliggjøring av kontakt tilrettelegger DHO for aktiv deltakelse i beslutninger rundt egen behandling, slik målet er for mestringsteorien om empowerment (Stubberud, 2019, s. 39). Den digitale kommunikasjonsformen viser seg å redusere brukeres bekymringer relatert til fysiske sykehusbesøk (Lundell et al., 2020, Nissen & Lindhardt, 2017) og kan dermed bidra til å redusere stressfaktorer brukere med KOLS må mestre relatert til sykdommen (Bakkelund et al; 2016, s. 138; Kristoffersen, 2016a, s. 247).

4.4. Utfordringer ved digital hjemmeoppfølging for opplevelse av mestring

Sett i lys av funn og foregående diskusjon, kan DHO som oppfølgingstjeneste være en god ressurs til mestring for brukere med KOLS. Imidlertid er det viktig å ta hensyn til brukerens individuelle kontekst, da behov for hjelp til mestring avhenger av hvilke ressurser en har tilgjengelig (Kristoffersen, 2016a, s. 247). Grad av KOLS kan påvirke hjelpebehovet (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013). Den kroniske sykdommen utvikler seg fra mild til alvorlig grad, med perioder mellom forverringer der brukeren kan oppleve god funksjon i hverdagen (Bakkelund et al., 2016, s. 134). Behovet for hjelp til mestring vil derfor kunne variere. For KOLS-brukere som opplever at sykdommen preger hverdagen deres i stor grad, kan tjenesten være en uproblematisk del av behandlingen og en stor trygghet (Barken et al., 2018; Fitzsimmons et al., 2016; Gale & Sultan, 2013). Dette kan knyttes til at deres behov for trygghet og mestring av sykdomsbildet er større på grunn av negativt stress (Stubberud, 2019, s. 30). For brukere med moderat KOLS-grad kan derimot behovet for denne støtten være mindre, da de kan sies å ikke ha opplevd en mobiliserende episode slik empowerment-fase 1 innebærer (Kieffer, 1984, referert i Walseth og Malterud, 2004). Ens ressurser til å håndtere de psykiske belastningene sykdommen medfører har ikke ennå blitt overbelastet (Stubberud, 2019, s. 30). For disse brukerne kan tjenesten dermed bli et forstyrrende element og hinder for selvstendighet i egen hverdag, i stedet for en ressurs (Barken et al., Fitzsimmons et al., 2016; Lundell et al. 2020). Muligheten for DHO til å fungere som hjelpemiddel til mestring vil mulig kunne styrkes dersom tjenesten omfang er fleksibelt, og kan utvikles relatert til brukerens sykdomsforløp.

En annen utfordring ved DHO som gjør seg gjeldende i analysen er i hvilken grad dataen som samles inn er representativ for brukerens tilstand gjennom døgnet (Fitzsimmons et al., 2016; Nissen & Lindhardt, 2017). Dersom tjenesten kun innebærer vurdering etter innsending av målinger på formiddagen, vil ikke tjenesten fungere som den tryggheten det har vist å kunne bidra til hos andre deltakere. Det kan tolkes som at det at kompetent hjelp er tilgjengelig når behovet i forbindelse med en forverring oppstår, oppleves viktigere for brukere med KOLS for å mestre symptomene enn at målingene vurderes etter rutinemessige tidspunkter. Dette kan knyttes til at essensen i utryggheten er at forverringen er uforutsigbar (Bakkelund et al., 2016, s. 135; Stubberud, 2019, s. 31). Målinger påvirket av fysiske anstrengelser (Fitzsimmons et al., 2016) kan risikere å bli vurdert som tegn til forverring. Slik kan den kliniske oversikten som er ment å bidra til brukerens forståelse bli feilaktig, og at tryggheten og troverdigheten svekkes fordi tjenesten ikke sørger for helsehjelp i tilfeller der brukeren opplever behov for det.

Grad av informasjon kan påvirke om DHO bidrar til egenmestring for brukeren (Lundell et al., 2020; Fitzsimmons et al., 2016). Informasjonen blir grunnlaget for at tjenesten blir brukt riktig og kan være et godt supplement i helsehjelpen, samt oppdagelsen av målingene som en ressurs i empowerment-prosessen (Kieffer, 1984, referert i Walseth og Malterud, 2004). Å vite tid til å gi god informasjon blir også en måte for helsepersonellet å anerkjenne brukerens rolle i sin egen prosess mot å styrke sine ressurser i mestringen av sykdommen (Eide & Eide, 2018, s. 155; Stubberud, 2019, s. 39). Igjen belyses det at tjenesten er avhengig av sykepleiers helsefremmende arbeid i empowerment-prosessen for å oppnå sitt potensiale (Kristoffersen, 2016c, s. 351).

4.5. Styrker og svakheter

Med økt satsning på velferdsteknologi som fagfelt har det blitt forsket mye på velferdsteknologiske tjenester, deriblant DHO. Mange av studiene som er gjennomført undersøker dog de helseøkonomiske kvantitative effektene av DHO, og det finnes relativt få studier med fokus på de kvalitative opplevelsene av DHO. Tilgjengelig forskning førte til at jeg måtte avvike noe i forhold til inklusjonskriteriet som omhandlet perspektiv i studiene. To av artiklene (Fairbrother et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2016) har inkludert helsepersonells opplevelser av pasientenes mestring, i motsetning til mitt ønske om å kun studere brukerperspektivet. Likevel har jeg vurdert at måten resultatene ble presentert i artiklene muliggjorde å separere brukernes opplevelser fra helsepersonellens slik at dataen som var aktuell for min analyse kunne trekkes ut.

En styrke med oppgaven er at tre av studiene er gjennomført i Norge eller nordiske land, der prinsippet om velferdsstat og oppbygning av helsevesenet i stor grad likner på det norske (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 17). På grunn av dette blir overførbarheten til norske forhold sterk. Oppfølgingsteknologien som ble studert i England og Skottland i 2013 tilsvarer likevel teknologi som testes i Norge nå, og funnene blir derfor aktuelle.

Når det gjelder kildeføring, har det i enkelte tilfeller vært utfordrende å finne originalkilder til teori som er nevnt i pensumbøker. Derfor har jeg i flere deler av teorigrunnet valgt å bruke sekundærkilder, slik som for eksempel Kristoffersen (2016) sine beskrivelser av Joyce Travelbees sykepleieteori, og deler av Stubberud (2019) sin oppsummering av empowerment-teori. Dette på tross av at det i akademisk skriving er ønskelig å bruke primærkilder for å unngå feilaktige og unøyaktige tolkninger (Dalland, 2017, s. 162). I og med at bøkene har vært inkludert i pensum for sykepleierutdanningen, vurderte jeg dem likevel som akseptable kilder.

Studiene i datamaterialet varierer i utforming og tydelighet rundt om det er sykepleier eller annet helsepersonell som følger opp brukeren, noe som utfordrer studienes relevans for sykepleie. Jeg mener likevel overførbarheten til sykepleiers rolle er gjeldende, da sykepleien har en allsidig funksjon i helsetjenesten. Oppgaven er skrevet ut ifra en tanke om at tjenesten ved bruk i Norge vil ha sykepleiekompetanse i oppfølgingsrollen, og jeg anser de aktuelle funnene fra studiene som svært relevante for DHO som hjelpemiddel i utøvelse av sykepleiers helsefremmende rolle i mestringstøtte til brukere med KOLS.

4.6. Konklusjon

Oppgavens hensikt har vært å undersøke hvordan digital hjemmeoppfølging kan bidra til mestring hos hjemmeboende voksne med KOLS. Jeg har gjennomført et litteraturstudium hvor jeg har analysert studier av de kvalitative opplevelsene til brukere som har benyttet DHO. Analysen har bidratt til å identifisere positive aspekter ved DHO for mestring, samt viktige faktorer som påvirker hvorvidt tjenesten bidrar til mestring. Oppsummert belyses følgende hovedtemaer:

Muligheten til å gjennomføre og holde oversikt over egne fysiologiske målinger og egen psyke kan bidra til en empowerment-prosess og deltakende kompetanse i egen behandling. Dermed kan brukeren oppleve kontroll i møte med stressoren sykdommen representerer. Videre kan opplevelsen av å bli holdt øye med av helsepersonell bidra til trygghetsfølelse, og den digitale kommunikasjonsformen kan bidra til bedre samarbeid med helsevesenet gjennom opplevd tilgjengelighet, støtte og nærhet. På denne måten kan tjenesten selv på avstand ivareta av det mellom-menneskelige forholdet mellom sykepleier og bruker. Likevel burde behandlingstilbudet legge vekt på å imøtekomme brukerens særegne behov for mestringshjelp, samt god informasjon og kontinuerlig tilgjengelighet for å realisere tjenestens potensiale til å bli ressursstyrkende. Digitale møter gjennom tjenesten bør ikke erstatte fysiske møter med sykepleier helt, da nærhet og kommunikasjon i fysiske rom oppleves av stor verdi for brukerne.

Litteraturstudien styrker tanken om at digital hjemmeoppfølging kan bidra til økt egenmestring for hjemmeboende voksne med KOLS, under de riktige forutsetningene. DHO kan være et godt verktøy for sykepleiere i deres helsefremmende funksjon gjennom å tilrettelegge for aktiv brukermedvirkning i egen behandling, og sykepleiers bidrag i tjenesten viser seg å være avgjørende for prosessen mot egenmestring. Jeg mener likevel at tilgjengelige studier innenfor feltet og hvilke formål de undersøker underbygger nødvendigheten av et større fokus i fremtidig forskning på brukernes opplevelser av hvordan tjenesten møter deres behov. Dette bør legges til grunn i videre utvikling av tjenesten. En årsak til implementering av velferdsteknologi er å møte utfordringer knyttet til økt hjelpebehov og manglende sykepleiefaglige ressurser, men sykepleiens mål er uforandret med tanke på å bidra til helsefremming og styrking av pasientens egenmestring i møte med sykdom. Skal man oppnå god brukermedvirkning må også tjenestens utforming baseres på brukernes opplevelser og behov.

Referanser

- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer I Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., Bind 1, s. 117-182). Gyldendal Akademisk.
- Barken, T. L., Thygesen, E. & Söderhamn, U. (2018). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), s. 132–142. <https://doi.org/10.1111/jocn.13857>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22–26.
- Fairbrother, P., Pinnock, H., Hanley, J., McCloughan, L., Sheikh, A., Pagliari, C. & McKinstry, B. (2013). Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study embedded in a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 93(3), s. 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.003>
- Fitzsimmons, D. A., Thompson, J., Bentley, C. L., & Mountain, G. A. (2016). Comparison of patient perceptions of Telehealth-supported and specialist nursing interventions for early stage COPD: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16(1), s. 420–420. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1623-z>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utg. Natur & Kultur.
- Gale, N. & Sultan, H. (2013). Telehealth as 'peace of mind': embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder. *Health & Place*, 21, s. 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.01.006>
- Gorst, S. L., Coates, E. & Armitage, C. J. (2016). "It's Sort of a Lifeline": Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients' Experiences of Home Telehealth. *Health Psychology*, 35(1), s. 60–68. <https://doi.org/10.1037/hea0000246>
- Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., bind 1, s. 311-336). Gyldendal Akademisk.

Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 199-215). Cappelen Damm Akademisk.

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2022, 26. april). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>

Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* (IS-1990).

Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-](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)

[2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/](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](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)

Helsedirektoratet (2020, 21. desember). *Pågående utprøving av velferdsteknologiske tjenester*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger>

Knutshaug, T. J., & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi – hva, hvorfor og hvordan?. I J. B. Sigurjónsson, (Red.), *Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (s. 65-80). Cappelen Damm Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 238-286). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 16-64). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 349-396). Gyldendal Akademisk.

Lundell, S., Modig, M., Holmner, Å. & Wadell, K. (2020). Perceptions of home telemonitoring use among patients with chronic obstructive pulmonary disease: Qualitative study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(6). <https://doi.org/10.2196/16343>

Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I J. B. Sigurjónsson, (Red.), *Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (s. 65-80). Cappelen Damm Akademisk.

Nissen, I. & Lindhardt, T. (2017). A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. *International Journal of Medical Informatics*, 107, s. 11–17.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004>

NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/?ch=1>

NTNU Universitetsbiblioteket. (u.å.). Fagside for medisin og helse: Databaser og artikler. Hentet 25.april fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>

Reitan A-M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red), *Sykepleieboken 2 - Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (s. 74-107). Akribe.

Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal Norsk Forlag.

Solberg, M. (2021) *Avstandsoppfølging som velferdsteknologi* (ISSN 2464-4382). Senter for Omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2788017/Avstandsoppf%C3%B8lging%20som%20velferdsteknologi-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Walseth, & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenntilleggsmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124(1), s. 65–66.

